

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 50

LES PSEUDO-GASTRITES

DANS LES

Rétroversions adhérentes
et les Cellulites pelviennes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Février 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean REYNAUD

ANCIEN INTERNE SUPPLÉANT DES HOPITAUX

Né le 30 Mai 1879, à Lyon



LYON

IMPRIMERIE L. VERNAISON

20, rue du Gaz, Villeurbanne

—
1910

LES PSEUDO-GASTRITES

DANS LES

Rétroversions adhérentes

et les Cellulites pelviennes

LES PSEUDO-GASTRITES

DANS LES

Rétroversions adhérentes
et les Cellulites pelviennes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Février 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean REYNAUD

ANCIEN INTERNE SUPPLÉANT DES HOPITAUX

Né le 30 Mai 1879, à Lyon



LYON

IMPRIMERIE L. VERNAISON

20, rue du Gaz, Villeurbanne

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER
CAZENEUVE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LEPINE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY.
Cliniques chirurgicales	FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL.
Clinique obstétricale et Accouchements	POLLOSSON (A.).
Clinique ophthalmologique	GUIART.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	HUGOUNENQ.
Clinique des maladies mentales	X...
Clinique des maladies des enfants	BEAUVISAGE.
Clinique des maladies des femmes	GUIART.
Physique médicale	TESPUT.
Chimie médicale et pharmaceutique	RENAUT.
Chimie organique et Toxicologie	MORAT.
Matière médicale et Botanique	ROQUE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	COLLET.
Anatomie	PAVIOT.
Anatomie générale et Histologie	POLLOSSON (M.).
Physiologie	ARLOING.
Pathologie interne	LACASSAGNE.
Pathologie et Thérapeutique générales	COURMONT (J.).
Anatomie pathologique	PIC.
Médecine opératoire	FLORENCE.
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx; c. compl.	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL, —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL. SAMBUC. COURMONT (P.) CHATIN. VILLARD. TIXIER.	MM. REGAUD. COMMANDEUR. GAYET. MOREL. NEVEU-LEMAIRE. J. LÉPINE.	MM. LESIEUR. MARTIN (Et.). LAROYENNE. VORON. NOGIER.	MM. LATARJET, ch. BÉRIEL, ch. BRETIN, ch. THÉVENOT, ch.
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Aug. POLLOSSON, Président; VILLARD, Assesseur;
MM. TIXIER et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PRÉFACE

Il est d'usage, à la fin de ses études médicales, d'offrir à ceux qui vous sont chers, la dédicace de sa thèse inaugurale. J'aimerais me soustraire à cette coutume. Les manifestations extérieures sont pour moi sans attrait. Le chapitre du Silence dans Le Trésor des Humbles de Mœterlinck, m'a toujours paru empreint d'un sentiment profond et d'une parfaite exactitude. Il vaut mieux aimer et ne rien dire, que d'aimer et de le dire.

Cependant il pourrait paraître curieux, que je ne remercie pas, au début de ce travail, ceux qui m'ont guidé, et qui m'ont témoigné, pendant ma vie d'Escholier, de l'intérêt et de la sympathie. Aussi, malgré mes idées contraires aux habitudes et à la routine, j'imiterai mes devanciers.

Je dédie ma thèse à mon premier maître, mon père :

LE DOCTEUR REYNAUD
Ancien Interne des Hôpitaux

Il m'a toujours prodigué ses conseils, essayant de m'encourager dans les moments pénibles de doute de soi-même. Dès le commencement de mes études médicales, son but fut d'éveiller en moi ce merveilleux sens clinique qu'il a toujours possédé au plus haut point.

Je prie ma mère, ma sœur, mon frère, d'accepter aussi, ce travail, en témoignage de ma grande affection.

Je tiens à remercier tout particulièrement le Docteur E. Josserand, ancien Médecin des Hôpitaux, dont j'ai été l'élève, et qui, dans maintes circonstances, a prodigué aux miens et à moi, son dévouement et son affection. Je n'oublierai pas le Docteur Bert, ancien Chef des Travaux anatomiques à la Faculté, qui a toujours été pour moi un ami et un conseiller.

Je remercie également le Docteur Albertin, Chirurgien des Hôpitaux, qui a bien voulu me confier pendant quelques temps, son service annexe de Kinésithérapie, en remplacement de mon ami Guiramand à qui je suis redevable de plusieurs observations.

Le professeur agrégé Tixier, Chirurgien des Hôpitaux, Le Docteur Plauchu, Accoucheur des Hôpitaux, le Docteur Violet, Chef de Clinique, m'ont permis de puiser dans leurs nombreuses observations. Je les en remercie sincèrement.

Je n'oublierai pas le Docteur H. Quincieu, chargé du Service de Kinésithérapie à la Clinique Gynécologique qui m'a toujours prodigué ses conseils.

Je me permets de dédier cette étude aux Maîtres dont j'ai suivi les enseignements et le Service, comme externe et comme interne suppléant.

LE DOCTEUR VALLAS

Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu.

LE DOCTEUR VIGNARD

Chirurgien des Hôpitaux.

LE DOCTEUR A. POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique, Chirurgien des Hôpitaux.

LE DOCTEUR NICOLAS

Professeur de clinique dermatologique, Médecin des Hôpitaux.

LE DOCTEUR JOSSERAND

Médecin honoraire des Hôpitaux.

LE DOCTEUR WEIL

Professeur de clinique infantile, Médecin des Hôpitaux.

LE DOCTEUR PÉHU

Médecin des Hôpitaux.

LE DOCTEUR P. COURMONT

Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des Hôpitaux.

LE DOCTEUR CADE

Médecin des Hôpitaux.

LE DOCTEUR ROCHET

Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des Hôpitaux.

LE DOCTEUR BARJON
Médecin des Hôpitaux.

LE DOCTEUR LESIEUR
Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des Hôpitaux.

LE DOCTEUR BÉRIEL
Médecin des Hôpitaux.

Je prie le Docteur A. Pollosson, Professeur de Clinique, Chirurgien des Hôpitaux, d'agréer l'assurance de ma reconnaissance, pour avoir bien voulu accepter la présidence de ma thèse.

Que cette marque de sympathie et de reconnaissance, soit accueillie favorablement par eux. Puissent-ils trouver, dans cette préface, un peu de l'émotion que j'ai eue moi-même, en l'écrivant !

Cette thèse, ma thèse, pourra paraître un peu en dehors des idées officielles. Ces notions de cellulites abdomino-pelviennes, que j'expose, ne sont pas admises partout ; elles feront peut-être sourire. Que l'on me pardonne de choisir un sujet original. Je crois à ces idées, parce que j'ai vu, parce que j'ai touché ; et je les défends avec toute la sincérité et l'ardeur de ma jeunesse.

INTRODUCTION

Pendant un semestre d'externat passé à la *Clinique Gynécologique* de la Charité, on nous a fait remarquer plusieurs malades ayant des lésions utérines, salpingo-ovariennes ou périannexielles, se plaignant de troubles gastriques variés : pesanteur, mauvaises digestions, vomissements ; ces symptômes disparaissaient ou étaient atténués sous l'influence du traitement gynécologique.

En suivant assidûment les consultations gratuites, et en travaillant par la suite dans le service annexe de kinesithérapie avec le D^r Quincieu, nous avons été amenés à rechercher systématiquement ce retentissement gastrique.

Enfin, dans les différents services, où nous avons été comme externe ou interne suppléant, nous avons rencontré plusieurs malades qui se soignaient depuis longtemps pour une « maladie d'estomac », sans aucune amélioration. Le toucher vaginal éclaira souvent la situation. Ces malades relevaient du gynécologue, et non du médecin. Ce qu'il fallait traiter

n'était pas l'estomac qui n'était que secondaire, mais l'appareil génital. C'est ce qui fut fait. Aussi après plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois : *Sublata causa, tollitur effectus*, un utérus remis en place, un ovaire remonté dans sa loge, un œdème péri-utérin fondu, tout rentrait dans l'ordre. Nos malades ne vomissaient plus, ne souffraient plus.

Il nous a paru intéressant de faire un travail sur ces estomacs secondaires, en restreignant la question à deux points de vue seulement, celui des *rétroversions adhérentes* et des *cellulites pelviennes*.

Cette thèse présente, — nous l'avouons —, une lacune ; les anatomo-pathologistes nous le reprocheront certainement. Mais cet oubli volontaire, sans vouloir manier le paradoxe est parfaitement excusable. Nous n'avons jamais vu opérer des malades pour des estomacs secondaires. Et je ne crois pas que dans le cours des autopsies, on ait parfois songé à prélever un fragment de l'estomac pour en faire une coupe et l'examiner au microscope. On ne nous en voudra donc pas si le microtome et le scalpel ne figurent pas dans notre arsenal, puisque chez nos malades, nous n'avons pas eu l'occasion de les employer.

Lyon, décembre 1909.

CHAPITRE PREMIER

Rapport de l'utérus et de l'estomac

« La femme est un utérus servi par des organes » disait plaisamment Peter dans une de ses cliniques. Cet aphorisme, un peu choquant dans sa forme, n'en est pas moins pathologiquement vrai.

La femme normale, bien portante, est souvent obligée de se coucher plusieurs jours par mois. A ce moment, les meilleurs estomacs deviennent capricieux ; les digestions qui étaient bonnes auparavant, s'effectuent péniblement ; l'appétit disparaît ; parfois même, les vomissements entrent en scène.

Ces phénomènes ont été bien étudiés récemment dans une thèse parisienne (1), où nous empruntons les quelques lignes qui suivent : « L'appétit est sujet à des variations brusques, l'haleine est fétide ; il y a de l'entéralgie, des hoquets.... ; les digestions sont

(1) GRAZIANI. Thèse de Paris, 1908.

lentes, la femme se plaint de pesanteur après les repas ; souvent même le goût est vicié ; les troubles vont parfois jusqu'à la nausée et même jusqu'aux vomissements alimentaires ou bilieux. »

Que la femme devienne enceinte, les phénomènes utéro-gastriques auront une place plus importante encore. De tout temps, on a signalé les troubles digestifs qui surviennent pendant la grossesse. Sans remonter aux antiques, nous trouvons ces troubles étudiés en détail par Cazeaux(1). « L'appareil digestif », dit-il, est presque toujours influencé par la grossesse.

« Les modifications que subit la digestion sont variables : l'appétit, en effet, pèche en plus ou en moins ; le goût est souvent perverti (Pajot). Les « pesanteurs, le pyrosis ne sont pas rares, et les « vomissements fréquents. » Ces vomissements peuvent se voir dans tout le cours de la grossesse ; ils sont variables d'intensité et de gravité. « Aux accidents les plus fâcheux de l'accouchement, appartiennent sans contredit, dit Nœgelé (2), les *vomissements de mauvaise nature (hyperemesis)*, caractérisés par ce fait, qu'ils se répètent très souvent et affaiblissent notablement l'énergie des contractions utérines, qu'ils finissent même par suspendre complètement..., les vomissements ne cessent que lorsque l'utérus est complètement débarrassé de son contenu. » Et chose curieuse, ces vomissements de mauvaise nature, se voient surtout dans certains cas particuliers, qui ren-

(1) CAZEAX. (*Accouchements.*)

(2) NÖGELE. (*Accouchements.*)

trent bien dans notre sujet. Il se voient chez les femmes enceintes à passé gynécologique. On a mis en avant, pour les expliquer, les lésions ou les anomalies que l'appareil utérin peut présenter pendant la grossesse. Et de ce fait, il est certain que souvent les vomissements incoercibles apparaissent chez certaines femmes qui ont des déviations utérines (1).

Nous ajoutons que ces déviations utérines donnent dans ce cas des vomissements, parce que l'utérus est gros, et que par là-même, il peut comprimer certains nerfs du bassin ; mais jamais ou très rarement, une rétrodéviation mobile ne donne de vomissements. Elle en donne, dans le cas de grossesse, car à ce moment le volume utérin remplace l'œdème inflammatoire des rétroversions adhérentes, y supplée en quelque sorte et amène des compressions.

Ces troubles sont connus et beaucoup d'auteurs les ont signalés : Labadie et Félix Legueu en parlent dans leur *Traité de Gynécologie* ; il en est de même de Bouchard et Martineau, Braun et Imlach (2).

D'autres auteurs plus près de nous, ont relaté les relations nombreuses unissant l'estomac et la matrice. Bouveret dans son *Traité des Maladies d'Estomac*, parle du spasme du cardia, auquel les femmes sont plus exposées que les hommes, et particulièrement « aux époques de la ménopause et de l'instauration des règles ». Quant aux vomissements nerveux, dit le même auteur, on les

(1) BRINDEAU-CHAMBELENT. (*Accouchements.*)

(2) F. LABADIE et LEGUEU. (*Traité de Gynécologie.*)

voit fréquemment chez les jeunes filles au moment de la puberté, et il se développe alors un état dyspeptique que caractérisent la perte d'appétit et quelques sensations de malaise épigastrique après le repas. Et à côté de cette forme nerveuse, il classe les vomissements réflexes. Le vomissement réflexe (1) est commun dans la pathologie de l'appareil utéro-ovarien, comme l'avait montré Hegar (2). Ce ne sont pas seulement les inflammations ou les hémorragies du péritoine pelvien qui les provoquent, mais aussi les ovarites, les paramétrites, les déviations et les tumeurs de l'utérus. La paramétrite postérieure subaiguë ou chronique est une cause particulièrement efficace de vomissements réflexes... Les femmes atteintes de cette affection souffrent et deviennent nerveuses et irritables. A côté de ces symptômes nerveux s'ajoute très souvent le vomissement.

Cet auteur, quelques pages plus loin, revient encore sur la fréquence du vomissement, dans les affections génitales de la femme : car il est « de notion courante que les lésions de ces organes peuvent provoquer le vomissement. »

A côté de ces phénomènes de vomissement et de dyspepsie douloureuse, il faut ajouter la *malacia* et la *pica*, qui bien que l'apanage de certaines grossesses, se rencontrent aussi « dans divers états pathologiques et même physiologiques de

(1) BOUVERET. *Maladies de l'estomac*.

(2) HEGAR *Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen leiden*.

l'appareil utéro-ovarien. Le rapport des deux organes est donc nettement établi, et nous terminerons ce préambule avec Dujardin-Beaumetz, en disant : « Parmi les organes qui ont une influence directe sur les vomissements, l'utérus joue à coup sûr un rôle prépondérant, et nous voyons certaines métrites, certaines congestions utérines, certaines ulcérations, s'accompagner de ce symptôme (1) ».

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ. *Cliniques*.

CHAPITRE II

Quelques définitions

Nous sommes obligé, avant d'aborder la question purement clinique, de poser nettement le problème que nous avons entrepris de résoudre. Pour cela, deux définitions s'imposent.

I

Le terme *rétroversion adhérente* a une acception univoque et admise par tous; nous en parlerons peu. Nous entendons par ce terme un utérus en rétroversion ou rétroflexodéviatiou, avec des brides cellulenses issues du paramètre, qui le fixent dans sa position vicieuse; nous éliminons par le fait même, un utérus enclavé (pendant la grossesse, par exemple, ou par un gros fibrome postérieur).

Quant au terme *cellulite*, il a une acception un peu particulière que lui ont donné les gynéco-

logues modernes. Les auteurs anciens sont muets à son égard, et il faut arriver à *Thure-Brandt* et à *Stapfer* pour en trouver une description complète.

Actuellement même, beaucoup d'auteurs modernes n'admettent pas cette dénomination, (chère surtout aux kinésithérapeutes). Quelques-uns même, je crois, esquissent un sourire, en l'entendant prononcer. Nous allons essayer cependant, de dire ce que nous croyons et que nous avons vu.

La *cellulite pelvienne* est un œdème particulier du paramètre qui se caractérise par deux faits qui l'accompagnent :

1° Sa localisation par noyaux disséminés autour de l'utérus et des annexes, ou par brides dures et extrêmement douloureuses partant d'un ovaire et le fixant en arrière et en bas. Ces plaques extrêmement douloureuses le plus souvent, disparaissent parfois en une seule séance de traitement, — ou parfois au contraire, désarment par leur ténacité la patience la plus grande.

2° Sa dissémination fréquente dans tout ou partie du système sous-cutané. « Tous les gynécologues, « dit *Stapfer*, savent que certaines femmes en apyrexie « absolue, souffrent de la paroi adominale. La moins « dre pression exercée à ce niveau est douloureuse et « lorsqu'on saisit la peau et le tissu cellulaire sous- « cutané en y faisant un pli, la femme souffre si « vivement qu'elle pousse parfois un cri ».

On avait attribué ces phénomènes à des névralgies. Les auteurs suédois ont approfondi le diagnostic,

grâce au massage, et ils ont reconnu que les niveaux douloureux n'étaient nullement sur les points d'émergence des nerfs, mais bien dans des « noyaux d'œdèmes, durs ou pâteux, gros comme des grains de riz, et siégeant dans le tissu conjonctif ». Les douleurs disparaissent ainsi que les boules d'œdème par le massage.

Ces petites masses douloureuses peuvent se rencontrer partout, principalement sur la paroi de l'abdomen et des cuisses; on le trouve souvent à la nuque, sur la tête et aux jambes.

Le palper donne une sensation particulière qui ne ressemble en rien à la sensation fournie par le palper d'une boule adipeuse; on a la sensation, non pas d'empâtement, mais plutôt de petites billes un peu dures qui roulent sous le doigt, qui augmentent ou diminuent en quelques jours, qui disparaissent rapidement par le massage, et qui sont très douloureuses subjectivement et objectivement.

Ce caractère différencie nettement les cellulites; mais d'autres signes l'individualisent davantage encore. La cellulite pelvienne, se distingue en effet, essentiellement des paramétrites ou périmétrites, par une série de caractères: son étiologie est toute différente, l'allure clinique est bien particulière, et son traitement est un peu spécial.

Et en effet, la cause de toute affection gynécologique n'est pas unique. Comme le fait remarquer Stapfer(1), il y a autre chose que l'infection. Pour lui, il

(1) STAPFER. *Kinésithérapie gynécologique*.

y a l'infection quelquefois et souvent aussi une autre cause : ce sont les troubles circulatoires qui eux-mêmes ont une cause. Si, dit-il, dans l'idée que je me fais du cycle des affections gynécologiques, je place au premier rang les troubles circulatoires cela ne veut pas dire que je les considère comme cause originelle. Il faut bien qu'ils aient été engendrés par quelque chose. Ce quelque chose sera une prédisposition générale telle que l'arthritisme, dont l'influence indéniable est depuis longtemps admise, ou l'une des formes de la débilité : anémie, chlorose, neurasthénie ; tantôt une altération locale, consécutive à une infection.

Nous avons donc là deux étiologies bien différentes : l'une, infection locale, donne à l'état chronique des paramétrites : l'autre, maladie générale, diathèse, prédisposition, donne parfois les fameuses cellulites des auteurs suédois.

Il est parfaitement connu que les salpyngites, par exemple, ont toutes comme point de départ une infection quelconque, bruyante ou torpide, aiguë ou chronique. Les métrites, les salpingo-ovarites, sont toujours sous la dépendance ou d'un banal gonococcoque, ou d'un streptococcoque obstétrical, ou simplement d'une bacillose lente qui s'installe insidieusement. Que se passe-t-il par la suite ? — Le péritoine réagit-il ? — Péritonite locale et adhérences consécutives. — Et si bon nombre de cas évoluent bruyamment, soulignés qu'ils sont par des phénomènes généraux, fièvre et frisson, pouls rapide, langue sèche, insomnie et troubles nerveux plus graves, beaucoup de malades ont une métrite ou une salpingo-ovarite ancienne,

qui a élu domicile lentement, sans éclat. Les malades souffraient un peu, avaient un peu *chaud* le soir (car elles sont rares les femmes qui contrôlent par le thermomètre la cause de leurs malaises).

Quelques-unes ont été obligées de se reposer douze ou vingt-quatre heures, et quand on les examine, on constate, soit un utérus gros et douloureux, soit une trompe prolabée et entourée d'œdème.

Et si l'on pousse à fond l'interrogatoire, on apprend que toutes ont des antécédents nets d'infection gynécologique.

Tantôt une gonorrhée ancienne connue, tantôt une fausse couche, qui bien entendu s'est faite toute seule, tantôt un accouchement laborieux qui a dû être terminé au forceps, tantôt l'enfant était mort depuis longtemps. — En tous cas, l'accouchée a eu de la température, elle est restée longtemps au lit, quelquefois même deux, trois mois et même plus après sa délivrance; elle a continué à perdre plus ou moins, non pas du sang vrai, mais de la sérosité.

Et l'on apprend encore que de guerre lasse, le médecin traitant a proposé un curetage, qui a été accepté ou refusé suivant les cas. Depuis lors, les malades souffrent; leurs règles sont douloureuses, elles traînent en longueur; toujours entre deux périodes menstruelles, elles souffent un, deux ou trois jours. Les rapports sexuels eux-mêmes deviennent douloureux. Les malades cessent tout travail et deviennent de véritables malades à chaise longue. Il n'y a pas à en douter, la cause de tout le mal a été l'infection, le fait est d'ailleurs connu et les adhérences pelviennes

pour M. Jänicke, cité par MM. Tripier et Paviot (1), se rapportent dans les 75 % des cas à des phlegmasies ayant eu les organes génitaux pour point de départ.

Tout autre est l'étiologie des cellulites pelviennes. Les organes génitaux ne sont certainement pas en cause. Nous n'admettons pas cependant avec MM. Tripier et Paviot que ces péritonites adhésives, ces traînées celluleuses puissent être mises sur le compte d'une origine vésiculaire, car bien que nous croyons avec eux qu'aucune origine génitale ne puisse être invoquée, nous ne l'admettons que pour le cas de cellulite et non de paramérite. Ces œdèmes particuliers ne peuvent rentrer dans les cas bien étudiés par MM. Tripier et Paviot.

Les deux auteurs que nous venons de citer, auraient, disent-ils, une preuve définitive, de l'origine haute des péritonites adhésives, « le jour où une autopsie de vierge les leur fera rencontrer (ces lésions scléreuses), dans des conditions telles que toute inflammation d'origine génitale pourra être écartée, les adhérences sous-hépatiques étant nettes ; mais nous n'avons pas encore, disent-ils, pu mettre la main sur ce fait rare... »

A cela, nous nous permettrons très respectueusement de faire deux remarques :

1° Nous avons vu des cas, à la Charité, de noyaux de cellulites pelviennes, très nets chez des vierges, sentis par le toucher rectal, le seul possible.

(1) TRIPIER et PAVIOT. *La péritonite sous-hépatique*, p. 30.

Nous savons parfaitement qu'en médecine, les souvenirs d'un jeune étudiant n'ont pas grande valeur, aussi regrettons-nous de n'avoir pas pris l'observation des deux malades en question, vierges et atteintes de cellulite. Mais nous espérons que le poids de notre affirmation sera plus grand si nous citons les dires de cliniciens connus et justement appréciés. Nous invoquerons deux noms : Freund, cité par le Docteur Laroyenne, chirurgien des hôpitaux, dans sa thèse, p. 64. Freund, dit ce clinicien, et nous y reviendrons, a observé des douglassites (pour nous : cellulites) chez des jeunes filles non déflorées. L'auteur allemand rattache cela à l'infantilisme ; nous le rapportons à une autre cause. La pathogénie n'est-elle autre chose qu'une probabilité plus ou moins bien défendue ?

Un autre nom que je permettrai de citer est celui du Docteur Quincieu, chargé par le Docteur Pollosson, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Lyon, du service de kinésithérapie. C'est lui qui nous a montré ces deux cas mentionnés plus haut de cellulite pelvienne chez des jeunes filles vierges. Ces malades avaient également de la cellulite abdominale. Les deux choses ont disparu avec le massage. Pourquoi ne pas admettre que ces deux lésions étaient de même nature ? Elles donnent les mêmes symptômes, elles avaient les mêmes causes et ont disparu sous le même traitement. 2° N'est-il pas très rationnel de croire que si l'origine eût été au foie, ce n'est pas en traitant l'état général et l'œdème local que nous serions arrivé à guérir les malades en question. Nous n'avons certes ni la compétence ni

l'autorité nécessaires pour discuter la théorie hépatique des péritonites basses, nous dirons simplement que les cas de cellulites qui nous occupent, n'ont pas de rapport avec les cas des deux auteurs que nous avons cités. C'est une autre lésion et nous ne rappelons l'ouvrage sur la péritonite sous-hépatique que pour répondre d'avance à une objection que l'on pourrait nous faire, et nous concluons en disant : Il y a trois causes des œdèmes pelviens connus jusqu'à présent :

Une cause infectieuse génitale ou générale (bacillose), une cause hépatique (Tripier et Paviot), et enfin une diathèse : arthritisme, troubles vasomoteurs (Stapfer) qui donnent les cellulites pelviennes.

Nous ne voulons donc pas nier que certaines péritonites adhésives pelviennes soient sous la dépendance d'une lésion hépatique. Mais ces cas particuliers, bien étudiés par MM. Tripier et Paviot, parfaitement reconnus par des autopsies bien réglées, ne rentrent pas dans notre cadre. Un traitement hépatique local, des révulsions répétées et légères, un traitement général, chaleur et repos, régime léger, font disparaître souvent à jamais cette affection pénible pour les femmes, et dont l'influence les conduit parfois à la neurasthénie.

Un auteur allemand Freund (1) a bien constaté cette « douglassite » chez des vierges et il la rapporte à une infection d'origine intestinale. La stase stercorale prédispose le rectum à des « ulcérations, qui d'abord

(1) *Baitrage zur Gynec.* 1899.

« limitées à la muqueuse, infectent de proche en « proche les parties profondes, le tissu cellulaire « para-rectal, puis le péritoine du cul-de-sac de « Douglas lui-même (1) ».

Mais l'auteur allemand rattache cette affection à ses idées générales sur l'infantilisme. Pour lui, l'affection dans cette douglassite, prend la muqueuse puis le douglas, tandis que dans les pelvipéritonites ordinaires, la marche de l'affection se fait plutôt en sens inverse, partant des trompes pour envahir ensuite le cul-de-sac postérieur.

La cellulite pelvienne, telle que nous la concevons, est donc une entité particulière où l'infection n'a rien à voir. Nous le savons, quelques gynécologues étendent ce terme à tous les œdèmes pelviens. Cette manière de voir crée une confusion. Nous ne saurions trop le répéter : Les trompes entourées d'œdème, ou un utérus coulé dans un moule de tissu mollassé, donnant la sensation d'une couche de lard, *ne représentent pas la cellulite telle que nous l'entendons*. On a dans ces cas affaire à une affection ancienne qui a donné lieu à une réaction péritonéale banale, et parfois à des poussées d'œdèmes du tissu cellulaire.

La cellulite dont nous présentons la défense, est une affection bien individualisée. C'est comme dans la périmétrite un œdème, mais un œdème particulier, d'une sensation tactile spéciale, d'une allure générale qu'elle revêt seule. Son étiologie est dans une diathèse, et l'infection génitale n'a aucun rapport

(1) Thèse du Docteur LAROYENNE, p. 64.

avec elle. C'est en outre une affection qui ne reste pas cantonnée dans le bassin ; on la rencontre disséminée un peu partout, à la nuque et aux fesses, au ventre et à la face interne des cuisses.

Cette affection diffère donc des paramétrites de cause infectieuse. Mais, nous devons l'avouer, elle est parente de la *Douglassite* du Professeur Laroyenne. Cette dernière ne peut cependant lui être confondue ; elle a une triade symptomatique très nette :

L'utérus est rétroposé avec un degré plus ou moins grand d'antéflexion. Le cul-de-sac postérieur, de ce fait est raccourci ; le cul-de-sac antérieur est donc allongé. Enfin, les ligaments utéro-sacrés sont diminués de longueur.

Enfin, la cellulite pelvienne, selon la définition de Stapfer est un œdème tantôt dur et douloureux, tantôt mou ou indolent du tissu conjonctif, qui peut se manifester partout où ce tissu existe et que le gynécologue observe particulièrement dans la région abdomino-pelvienne.

Pour conclure, ce que nous appelons *cellulite*, n'a rien à voir avec les réactions péritonéales périannexielles de cause infectieuse. Nous considérons ce terme sous un angle plus petit que certains suédois et gynécologues parisiens. Qu'au point de vue anatomopathologique, l'œdème du tissu cellulaire soit en cause, cela est parfaitement possible, mais l'allure clinique des cellulites, comme nous l'entendons, est totalement différent des paramétrites ou des périmétrites. — Il est inutile d'insister sur la différence qu'il y a entre l'évolution et l'allure d'un phlegmon du

ligament large, par exemple, — d'une salpingite chronique, et d'un noyau d'œdème cellulitique vaginal ou périutérin.

Quelle est donc la cause de ces cellulites pelviennes qui diffèrent essentiellement des paramétrites par l'absence d'infection ?

Nous pourrions nous dispenser de répondre à cette question de pathogénie qui ne rentre pas dans notre cadre. Nous avons d'ailleurs montré, — tel était uniquement notre but, — que sa cause différait des paramétrites. Cependant, nous dirons que ces cellulites pelviennes se rencontrent toujours chez des femmes à tempérament arthritique, que jamais on ne trouve les troubles qu'elles engendrent chez des hystériques, et que peut-être, s'il y a une névropathie du domaine psychique, il y a peut-être une névropathie de la vie végétative. Car nous voyons en clinique ces malades avoir un véritable dérèglement de leur système nerveux végétatif. Toutes ces femmes ont des troubles vaso-moteurs, sont sujettes aux congestions brusques de la face, au refroidissement des extrémités, même avec une température extérieure relativement élevée, aux congestions frustres du petit bassin. La femme aura deux, trois fois, dans l'intervalle de deux périodes menstruelles, des phénomènes congestifs du côté de son utérus, — qui se traduiront par de la pesanteur, quelquefois un léger écoulement de sang, — accompagnés de phénomènes douloureux. En résumé, et pour conclure avant d'aborder la question clinique, nous dirons avec Wetter-

wald (1) : Le tissu cellulaire de n'importe quelle région superficielle ou profonde peut être le siège d'altérations qui se manifestent par de la douleur et de l'œdème.

Leur origine est un trouble vaso-moteur et non pas une altération glandulaire. Ces troubles vaso-moteurs sont eux-mêmes sous la dépendance d'une diathèse : l'arthritisme.

Il est d'ailleurs logique, anatomiquement, de chercher dans des troubles vaso-moteurs la cause de tout le mal. Les organes génitaux de la femme sont en effet des organes « à congestion, comme l'exigent leurs fonctions, tous les mois ». Leur vascularisation est extrêmement riche. La circulation de retour est assurée par de nombreuses veines, formant des plexus serrés et nombreux, qui subissent à chaque molimen et à chaque période menstruelle une véritable congestion. Qu'une cause générale, diathésique, modifie le réglage de l'appareil, que cette congestion au lieu d'être passagère, soit continue ou prolongée, il s'ensuit pour employer une expression vulgaire, « un engorgement des organes du bassin ». « La phase initiale de l'œdème périannexiel apparaît. C'est l'infiltration séreuse de la trompe ou de l'ovaire ou des ligaments ».

Les troubles circulatoires donnent facilement naissance à des remaniements, à des modifications des vaisseaux et des tissus : (les altérations variqueuses de la peau en sont une preuve). Aussi, n'est-il pas

(1) WETTERWALD. *Deuxième congrès de physiothérapie 1909.*

illogique de penser que les poussées d'œdème (en dehors bien entendu de toute infection) des annexes ou du paramètre, ne sont que la conséquence de troubles vaso-moteurs. L'équilibre est rompu dans la circulation abdomino-pelvienne; les lésions chroniques s'installent peu à peu.

Cette affection, d'ailleurs, n'est pas une maladie locale, et le D^r Wetterwald (1) de la Clinique Gynécologique de Paris, la considère non pas comme une lésion locale, « affectant exclusivement le tissu cellulaire du bassin, mais comme la manifestation visible et palpable du ralentissement de la nutrition générale ».

Comme on le voit, les cellulites pelviennes diffèrent des paramétrites par leur étiologie; — elles en diffèrent également par leur allure clinique et par leur traitement.

Nous ne voulons pas faire le traitement tout au long, maintenant, le réservant pour un chapitre spécial; nous dirons seulement que tandis que beaucoup de paramétrites sont nettement guéries ou très améliorées pour une opération appropriée, les cellulites sont bien dans le cas du *Noli me tangere*. — Une opération ne servirait à rien dans ces cas; il faut bien se garder d'intervenir; le bistouri n'a rien à faire ici. La cellulite est le triomphe du massage et de la gymnastique; non seulement, le massage de l'œdème localisé au petit bassin, mais encore le massage général comme nous le verrons.

(1) Deuxième Congrès de Physiothérapie 1909.

Comme nous l'avons indiqué dans le premier chapitre de notre thèse, tous les auteurs ont signalé, avec plus ou moins de détails, les troubles gastriques consécutifs aux lésions de l'appareil génital de la femme. Nous avons entrepris de parler des *pseudo-gastrites*, le terme pourrait peut-être déplaire au premier abord à ceux qui aiment la précision; les gastrites, en effet, sont quelque chose de connu, de tangible, au point de vue : lésion anatomique.

Notre terme : pseudo-gastrite, paraît laisser supposer une allure histologique définie. — Il n'en est rien.

Ce terme « pseudo-gastrite » a moins de prétention; nous l'avons employé dans le but que voici ;

Les gastrites vraies ont deux caractères : une lésion anatomique nettement définie, et une allure clinique particulière. Supprimez le premier facteur et ne conservez que le second, vous aurez l'explication de notre titre. — Les pseudo-gastrites donnent l'apparence d'une maladie organique sans avoir rien d'anatomique. Nous disons : rien d'anatomique, parce que ces troubles disparaissent en traitant leur cause : (l'utérus ou les annexes.) — Ces deux définitions étant données nous allons essayer de tracer une idée clinique de ces *pseudo-gastrites* dans les *Rétroversions adhérentes et les Cellulites Pelviennes*.

Nous sommes obligé avant d'aborder le chapitre clinique de faire une remarque :

On pourrait diviser les gastropathies génitales en plusieurs groupes :

Dans le premier, les malades qui ont une rétroversion avec des phénomènes gastriques réflexes ;

Dans le second, les femmes qui ont une maladie d'estomac constituée avec une rétroversion ;

Et enfin, celles chez qui l'ancienneté du phénomène réflexe a amené des troubles ayant fini par créer une véritable maladie d'estomac.

Nous n'avons l'intention d'étudier dans cette thèse, que les malades du premier groupe ou si l'on veut, les estomacs secondaires à une affection utérine ou annexielle, (Rétroversion ou cellulite), considérés comme un épisode de la maladie primitive.

CHAPITRE III

Données cliniques

L'allure clinique des pseudo-gastrites, chez les malades gynécologiques, est très variable suivant les nombreux cas observés. Nous tracerons d'abord les symptômes habituels que l'on rencontre, et nous ferons ensuite quelques types cliniques.

Le plus simple est celui de la femme qui annonce des symptômes nets de rétroversion, et qui en même temps, se plaint de l'estomac.

Un cas plus rare est celui d'une malade qui a toute l'allure d'une gastrique vraie, sans symptômes fonctionnels apparents de rétroversion.

Enfin, la femme qui ne souffre pas de l'estomac précisément, mais qui a perdu l'appétit, qui maigrit et se cachectise. Nous avons, à ce sujet, une observation très intéressante due à l'obligeance du Dr Plauchu, accoucheur des Hôpitaux.

Avant d'aborder ces différents types cliniques,

nous analyserons rapidement les divers symptômes que l'on observe dans ces pseudo-gastrites d'origine génitale.

I

D'une façon générale, les gastropathies chez ces malades, impliquent deux symptômes que l'on rencontre presque toujours : La douleur et des *modifications* de l'appétit, et un troisième symptôme qui peut manquer : le vomissement.

La douleur est extrêmement variable dans son intensité, dans sa localisation, dans le moment de son apparition, et dans sa durée.

Il y a des femmes qui n'ont que de la pesanteur qui disparaît momentanément si la femme se couche ou si elle prend un digestif quelconque.

Quelquefois cette pesanteur est remplacée par une véritable douleur, après l'ingestion de certains aliments ou une sensation de faim qui se renouvelle souvent dans la journée. Les malades absorbent alors une quantité de gâteaux et de boissons qui par la suite les rendront des gastriques vraies.

D'autres cas, et ce sont les plus nombreux, offrent le syndrome hyperchlorydrie. — Pyrosis après le repas, aigreurs dans la nuit, et, si l'on fait localiser le point douloureux, les malades vous montrent nettement l'appendice xyphoïde.

La douleur diffère encore dans sa localisation ; à côté de ce point douloureux xyphoïdien, nous avons rencontré des malades qui souffraient entre les deux

épaules le long de l'œsophage, d'autres enfin qui accusaient nettement une sensation de brûlure au fond de la gorge. « J'ai, disent-elles, un liquide acide qui me brûle le gosier. »

Cette douleur, si variable dans son intensité et dans sa localisation, l'est encore dans son apparition et dans sa durée.

Certaines femmes ne souffrent qu'en absorbant des aliments particuliers qu'elles excluent de leur régime, d'autres, au contraire, souffrent continuellement quoiqu'elles mangent.

Parfois la douleur est calmée par de petits moyens, parfois aussi elle ne cède à aucun traitement.

Ce qu'il y a de curieux chez certaines malades, c'est la régularité d'apparition de la douleur.

Au réveil souvent, les malades souffrent, — croyant à une sensation de faim, elles absorbent un aliment quelconque, la douleur se calme un instant, mais réapparaît bientôt. D'autres souffrent au milieu de la journée et sont surprises en plein travail, toujours à la même heure. Elles s'arrêtent un instant, changent d'occupation, et la douleur cesse.

Il est certain qu'il y a un facteur qu'il ne faut pas négliger ; le système nerveux. — Surexcité chez la plupart des gastropathes, il l'est davantage encore chez les femmes atteintes d'affection gynécologique. On connaît les troubles nerveux de la grossesse et de la ménopause, — nous n'avons pas à insister. — Il n'est donc pas étonnant que chez ces malades qui nous intéressent, l'élément nerveux entre pour une bonne part, mais il n'est pas tout. L'élément nerveux aug-

mente et exacerbe le symptôme douleur, mais il ne le crée pas.

Un autre symptôme avoué par les malades, c'est la modification en plus ou en moins de l'appétit. Ici encore, comme pendant la grossesse l'appétit peut être modifié ou perversi.

Quelquefois très diminué, ces malades se contentent de fort peu d'aliments qu'elles avalent avec peine. — D'autres fois, exagéré, on voit de véritables boulimies. Ici, encore, l'élément nerveux intervient. Telle femme qui maigrit lutte contre cette atteinte à sa beauté et mange par raison. Telle autre, laissant ce souci de côté, ne mange plus, par crainte de souffrir, et exagère encore la douleur en y pensant.

Tels sont les deux principaux symptômes que nous avons toujours observés dans l'examen de ces estomacs secondaires. Il est pourtant des cas plus rares, il est vrai, mais qui n'en existent pas moins — où l'on voit apparaître un troisième phénomène : nous voulons parler du vomissement. Aussi variable que la douleur et les modifications de l'appétit, il fait souvent errer le diagnostic et peut en imposer pour une affection gastrique vraie.

Nous regrettons de n'avoir pu recueillir de ces vomissements — l'analyse aurait peut-être donné des renseignements intéressants. Mais, les malades dont nous présentons les observations étaient toutes, soit des malades parties depuis longtemps des consultations gratuites où nous les avons trouvées, soit encore des malades de clientèle qu'il est toujours

difficile d'ennuyer par de nombreux détails (Repas d'épreuves, lavage d'estomac, etc., etc.).

Tous les vomissements observés peuvent être classés en plusieurs catégories, suivant leur contenu et le moment de leur apparition.

Ils sont, soit alimentaires, soit bilieux, soit aqueux; ils sont réguliers, survenant tous les jours à la même heure, ou enfin totalement capricieux.

Nous avons soigné une malade qui vomissait de la bile le matin au réveil, d'autre fois la bile était remplacée par un liquide aqueux, aigre, qui nous fit penser à une gastrite alcoolique, nous en publions l'observation plus loin. (Syndrome gastrite net. Rétroversion trouvée par hasard. Annexite gauche.)

D'autres malades vomissent trois ou quatre heures après le repas, ce qu'elles ont absorbé auparavant. Témoin l'observation (due au Docteur Quincieu. Cellulite abdomino-pelvienne, vomissements, en traitement dans le service).

D'autres malades enfin vomissent tantôt de la bile, tantôt de l'eau, tantôt leur repas, et cela d'une façon très irrégulière. Ce ne sera plus au réveil, ou pendant la période digestive, et cela tous les jours, ce sera d'une façon capricieuse.

Un jour par semaine, deux fois par jour. Les semaines ou les mois se passeront sans que le vomissement apparaisse.

Et souvent encore le système nerveux joue son rôle; une émotion, une contrariété ramèneront le malaise que l'on croyait disparu.

Nous sommes loin de vouloir dire — que seul l'élé-

ment nerveux joue un rôle — en un mot que nous avons affaire à des cérébrales, à des neurasthéniques ou à des folles, mais nous considérons ces malades, dont le système vasomoteur est dérégulé, comme des appareils en équilibre instable. La moindre cause, qui, chez des personnes bien portantes, n'aurait aucune influence, rompt l'équilibre et les phénomènes pathologiques entrent en scène. Telles sont les modifications remarquées dans l'appareil gastrique chez nos malades porteurs de rétroversions adhérentes ou de cellulites abdomino-pelviennes.

A côté de ces symptômes on peut trouver, par l'interrogatoire, l'existence de ces lésions abdominales dont les malades, pour la plupart, se plaignent d'ailleurs.

Leur aspect général est modifié. Souvent la démarche est pénible, les traits sont tirés, les malades sont pâles, et dans certains cas particulièrement graves, et le plus souvent anciens, on voit sur leur visage l'expression angoissée de la misère gynécologique (Stapfer).

Ces malades se plaignent de pertes blanches, et d'irrégularités menstruelles. Les douleurs abdominales entrent en scène. Elles s'irradient dans les flancs, dans l'aîne, et parfois jusque dans les cuisses.

Ajoutons à cela une sensation de pesanteur dans le ventre et au niveau des reins. Parfois la marche est douloureuse, et l'on voit de jeunes femmes qui se condamnent à rester des journées entières étendues dans un lit ou sur une chaise longue. « Les positions debout ou assises prolongées réveillent les douleurs

et les malaises; et enfin la constipation existe presque toujours, souvent escortée d'entérocolite muco-membraneuse. »

Quelquefois, comme nous le verrons dans les types cliniques que nous présenterons, les symptômes fonctionnels sont au dernier plan, très estompés et parfois absents.

Si l'on pratique un examen vaginal de ces malades, on trouve des renseignements qui diffèrent suivant que l'on a affaire à une rétroversion adhérente par une infection ancienne, quelle qu'elle soit : gonocoque, streptocoque, ou lésions bacillaires, ou que l'on a affaire à une cellulite pelvienne.

Dans le premier cas, l'utérus est en rétroversion plus ou moins marquée, le fond utérin peut être plus haut que le col, à son niveau ou au contraire plus bas que lui; en explorant alors le Douglas, on sent qu'il est occupé par le fond de l'organe.

Les ligaments utéro-sacrés sont plus ou moins tendus, plus gros que d'habitude la plupart du temps. Souvent aussi le volume utérin dépasse la normale, soit qu'il s'agisse d'une métrite en évolution, soit au contraire d'une affection ancienne, ayant amené des réactions péritonéales assez intenses; la séreuse, en ces points, a été enflammée, s'est épaissie et a donné à la matrice un aspect plus volumineux.

En cherchant les annexes, on en trouve habituellement une qui n'est pas en place. Il y a eu, ne l'oublions pas, infection, l'annexité s'est installée et la trompe a prolabé dans le Douglas.

Par le palper et le toucher combinés, on peut arri-

ver à bien délimiter cette trompe malade, on la sent bosselée irrégulière, d'un volume très variable et le plus souvent douloureuse.

Il est évident que les renseignements fournis par le toucher sont essentiellement changeants, suivant les malades, suivant l'âge de la lésion, et enfin suivant que l'on a affaire à une phase aiguë ou à une phase chronique de la maladie.

Le plus souvent le toucher dans ces cas de rétroversions adhérentes est douloureux, mais supportable et la douleur est surtout marquée lorsque l'on palpe la trompe et l'ovaire prolapsés, ou que l'on cherche à mobiliser l'utérus.

Cette mobilité, comme tous les caractères que nous venons d'énumérer, est essentiellement différente suivant les cas. Certains utérus rétroversés se laissent remonter en partie, on peut quelquefois les amener en une seule séance jusqu'au dernier tiers de leur course. D'autres fois, au contraire, l'appareil utéro-ovarien paraît caché dans une gangue plus ou moins dure, qui empêche toute mobilisation. Ce sont les cas les plus anciens, où les phénomènes fonctionnels locaux sont aussi les plus marqués. Les malades dans ce cas, perdent beaucoup. Leurs pertes, qui étaient blanches autrefois, deviennent jaunes et fétides. Ces utérus sont ramollis et douloureux, leur col est ouvert et mou, laissant échapper une plus ou moins grande quantité de pus.

Bien différents sont le toucher et le palper chez nos malades atteintes de cellulites abdomino-pelviennes.

Si l'on palpe un abdomen de malade atteinte de

cellulite abdomino-pelvienne, on a la sensation parfois de sécheresse de la peau, d'un manque de souplesse plus ou moins accentué. Ce contact de la main est toujours douloureux. Si l'on palpe avec douceur et persévérance, on sent facilement dans le tissu cellulaire sous-cutané, une quantité de petits grains, variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une petite lentille.

Parfois sur une étendue de vingt centimètres, on a l'impression que la peau aurait été criblée de grains de plomb de chasse, de moyen calibre.

La sensation douloureuse que nous signalions plus haut est localisée à ce niveau, elle est extrêmement grande le plus souvent, et réveillée et exacerbée quand on pince la peau même légèrement.

Le poids des draps, un pli de la chemise est intolérable parfois.

Au toucher, l'aspect est protéïque. Tantôt on trouve un simple noyau œdémateux, siégeant dans un coin des culs-de-sacs, tantôt un fond ou un corps utérin, reposant sur un lit d'œdème, comme un gland sur sa cupule.

Cet œdème peut se trouver un peu partout, dans le vagin, autour des trompes et des ovaires, autour de l'utérus, et enfin autour des ligaments utéro-sacrés. Le massage fait disparaître cet œdème et l'on trouve des organes sains quand il n'y a que de la cellulite.

Si l'on pratique l'examen des culs-de-sacs, la pulpe du doigt rencontre bientôt des cordons, des traînées rigides, irréguliers, tomenteux, souvent bosselés. Le toucher rectal permet d'explorer en arrière de l'uté-

rus et de suivre au loin les lésions, et dit Wetterwald, c'est la voie de choix pour faire un diagnostic précis.

Nous verrons, au chapitre diagnostic, comment on peut différencier la paramétrite par infection, de la cellulite vraie, comment on peut par le toucher, déterminer l'âge des lésions.

La position de l'utérus dans ces cas de cellulite est variable. Souvent, très souvent même, il est parfaitement en place. Souvent aussi, il est plus ou moins dévié, en rétro ou latéroversion droite ou gauche.

Les annexes peuvent être normales, mais il n'y a pas incompatibilité entre une cellulite surajoutée et une annexité ancienne. Il y a deux lésions : l'une due à l'infection, l'autre, due à des troubles vasomoteurs. Mais pour ne pas compliquer la question, nous dirons encore une fois que la cellulite vraie se rencontre au milieu d'organes sains.

La cellulite enfin se localise souvent sur les ligaments utéro-sacrés, qui sont tendus comme les cordes d'une harpe, et extrêmement douloureux. Si on les touche avec la pulpe de l'index, il est rare que la malade ne pousse un cri, ou ne commence un mouvement de recul et de défense en contractant ses adducteurs.

La sensation fournie par le toucher est très variable suivant que l'on a affaire à des œdèmes anciens ou récents, mous ou durs. Habituellement un œdème récent est plus mollasse qu'un œdème ancien, moins douloureux qu'une vieille cellulite.

II

Mais tout ceci est plutôt une analyse de ce que l'on rencontre, et non la présentation d'un type clinique. Nous allons essayer maintenant de présenter les différentes maladies que nous avons connues sous divers types caractéristiques.

Dans le premier type nous rangerons des maladies avec syndrome abdominal net, et qui par surcroît souffrent de l'estomac. Depuis longtemps, les règles sont douloureuses, et parfois des pertes légères entre deux menstruations donnent de l'inquiétude aux patientes. Elles ont depuis longtemps des pertes blanches, une constipation opiniâtre, et elles souffrent dans les reins et le bas-ventre, avec une sensation de pesanteur abdominale; mais, ajoutent-elles depuis quelques années elles souffrent de l'estomac; elles ont de la pesanteur, des aigreurs ou des vomissements.

Le syndrome est net, et sans avoir fait de toucher, on pense à une affection abdominale utéro-ovarienne.

Voici d'ailleurs une observation prise à la Clinique Gynécologique chez une malade en traitement au mois de novembre 1909.

OBSERVATION I

(due à l'obligeance du Docteur Quincieu)

*Annexité droite, Cellulite abdomino-pelvienne,
Vomissements*

M^{me} L. B. âgée de 28 ans.

Aucun antécédent névropathique, — pas de bacilliose ni de spécificité connue.

Aucune maladie dans l'enfance.

Réglée à 13 ans régulièrement; règles peu douloureuses, mais trainantes. La durée moyenne était d'environ 12 jours.

Dans le milieu du mois, la malade se plaignait de maux de ventre, de coliques. — Elle faisait un molimen médian qui n'a jamais fait défaut; le molimen durait environ 48 heures.

A 18 ans, apparaissent les premières douleurs de ventre, localisées du côté droit principalement.

A cette époque, la malade se mit à souffrir de l'estomac. Ces troubles gastriques s'accompagnaient de vomissements qui avaient habituellement lieu 3 heures après le repas du soir. — Parfois ils étaient remplacés par des nausées. La malade avait « la bouche pleine d'eau », mais ne vomissait pas.

En même temps, la malade se plaignait de migraines fréquentes, qui augmentaient encore les troubles gastriques dont elle souffrait.

Mariée à 19 ans, elle a un enfant 18 mois après son mariage. L'accouchement est normal. — L'enfant est vivant et bien portant.

Pas de fausse-couche, mais pertes blanches assez abondantes depuis l'accouchement.

A partir de cette époque, les règles sont comme par le passé; les douleurs de ventre continuent et paraissent même plus fortes.

Le poids des couvertures et le port du corset sont intolérables.

L'état gastrique s'accroît ; les vomissements sont journaliers, les migraines fréquentes, et les douleurs de reins apparaissent.

La malade a souffert pendant plusieurs années, quand il y a deux ans, à 26 ans, les douleurs arrivant à une intensité intolérable, elle se décide à consulter. Le médecin traitant fait le diagnostic de métrite et propose des cautérisations du col, des tampons et un traitement électrique.

Sous l'influence des tampons, les vomissements cessent.

— L'électrothérapie a raison des douleurs de reins.

Cependant les douleurs abdominales continuant, la malade finit par aller à la visite du Professeur Polosson.

On constate au toucher :

Un utérus gros, un peu dur, en antéversion. — Le col est déchiré, le côté droit du col est très diminué sous l'influence de cautérisations répétées.

Dans le cul-de-sac droit, on sent une annexe bosselée, dure, douloureuse, *entourée d'œdème*.

En arrière, les ligaments utéro-sacrés sont indurés, le ligament droit raccourci.

En outre, on sent une plaque nette de la grosseur d'une petite noix, indépendante de l'utérus et des annexes, siégeant plutôt du côté gauche, donnant l'impression de godet d'œdème. On diagnostique : Annexite droite et *cellulite pelvienne*.

L'examen de l'abdomen confirme l'interprétation. — Au niveau des grands droits, surtout à droite et vers la crête iliaque droite, le tissu sous-cutané est criblé de grains d'œdème de la grosseur d'un plomb de chasse n° 6, s'étendant jusqu'à l'ombilic.

Il en est de même de la région épigastrique et de la nuque.

La palpation à ce niveau est extrêmement douloureuse.

Le pincement de la peau est intolérable.

Ajoutez à cela que la malade est une migraineuse. Nous disons qu'elle a une annexite ancienne avec réaction inflammatoire tout autour, et qu'en outre elle est cellulitique. Elle est porteuse d'une panniculite abdominale nette et d'un noyau de cellulite pelvienne.

Il est tellement exact que ces deux choses chez notre malade sont différentes, c'est que étant toute jeune, elle se plaint déjà de cette douleur cutanée avant même que la signature de l'infection salpingienne (pertes blanches abondantes) ne figure dans son observation.

Nous avons examiné cette malade traitée depuis trois semaines : les vomissements ont disparu. Le noyau de cellulite pelvienne et la dissémination cutanée, s'atténue notablement sous l'influence des tampons et des massages.

Elle avoue elle-même qu'elle est mieux, mais que les écarts de régime la feraient retomber. — Cette remarque est très instructive. La cellulite est loin d'avoir complètement disparu ; principalement, la panniculite abdominale, cause de ses douleurs et de ses nausées existe encore ; et nous osons affirmer que lors de sa disparition, les douleurs et le retentissement gastrique et céphalique cesseront également d'exister.

Nous donnons une deuxième observation de cellulite pelvienne sans annexite, ayant amené des troubles gastriques. Cette malade a été guérie par le massage.

OBSERVATION II (personnelle)

*Cellulite pelvienne ; Crampes d'estomac ; Vomissements ;
Céphalée,*

La malade examinée vient nous trouver pour des troubles gastriques et des céphalées intenses. — Les malaises lui ôtent tout courage, et l'empêchent de continuer, comme par le passé, son métier.

Couturière, âgée de 25 ans. Aucune maladie dans l'enfance. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement ; durée des règles : 6 jours. — Constipation habituelle. — La malade est un peu nerveuse, s'impatiente facilement, accepte mal les traitements proposés.

Mariée à 20 ans, elle n'a eu ni enfant, ni fausse-couche. — Pas de trace de gonorrhée ni de spécificité. Pas de passé hépatique. Depuis l'âge de 18 ans, elle se plaint de maux de tête très violents et de douleurs dans la nuque.

En même temps que ses migraines, ses règles sont devenues douloureuses : deux molimens intercalaires, l'un six jours après les règles, l'autre une semaine avant la période menstruelle suivante :

La malade vomit fréquemment, surtout le matin et principalement au moment de ses règles et de ses molimens. Outre cela, pyrosis fréquent.

Aucune trace d'alcoolisme.

Ayant affaire à une femme nerveuse, on lui donne du bicarbonate de soude pour la contenter. On veille à la constipation ; on l'encourage.

Après quinze jours, la malade revient très déprimée et se plaint de douleurs dans l'estomac avec irradiation au niveau des cuisses.

On pratique un toucher, il est assez douloureux cependant. On peut sentir un utérus en antéversion. Des annexes normales ; mais en arrière deux ligaments utéro-sacrés extrêmement douloureux. Lorsqu'on les effleure avec la pulpe de l'index, la malade pousse un cri, et on sent en les palpant qu'ils sont oedematisés. On met des tampons.

En examinant la nuque, — région douloureuse chez cette malade, on constate que le tissu cellulaire est très sensible, et parsemé de grains de plomb ; le pincement léger de la peau à ce niveau est intolérable.

On continue les séances de tampons deux fois par semaine et l'on fait du massage et de l'effleurage au niveau des brides et des points douloureux.

Après la première semaine, la malade ne vomit plus.

Au bout de deux mois (le traitement étant interrompu au moment des règles et des molimens), les troubles gastriques ont complètement disparu, mais les maux de tête persistent.

A ce moment, le toucher n'est plus douloureux, mais l'on sent toujours la cellulite des ligaments utéro-sacrés. On continue le traitement jusqu'au mois de juillet (il avait

débuté en mars). La malade est très améliorée et demande à partir à la campagne.

L'ayant laissée une semaine sans tampons, elle se plaint de pesanteur abdominale. On place un anneau uniquement de soutien. La malade part à la montagne. Elle nous a écrit qu'elle allait très bien.

Depuis octobre 1908, nous n'avons pas eu de nouvelles.

Nous citons encore une autre observation due à l'obligeance du D^r Viollet, chef de clinique à la Charité.

OBSERVATION III

Diagnostic : Rétroversion ; Métrite et paramétrite.

X.Y. 30 ans. Aucun antécédent héréditaire et personnel de bacilliose ou de spécificité.

La malade a eu trois enfants et enfin une fausse-couche. Les règles étaient douloureuses, et ont toujours été ainsi.

Elles avançaient de deux ou trois jours et étaient épaisses et accompagnées de caillots.

Les douleurs siégeaient dans le ventre avec irradiation dans les reins. La malade avait des pertes blanches, jaunâtres depuis quelques temps.

Elle se plaint également de renvois acides, de pyrosis. Elle ne vomit pas.

Constipation habituelle.

Au toucher, on constate :

Une rétroversion adhérente, de la paramétrite postérieure et latérale droite, une déchirure du col et de la métrite cervicale.

On met des tampons et un anneau plus tard, quand on peut réduire l'utérus.

A ce moment, la malade a une transformation complète. Elle ne souffre plus, ni du ventre, ni de l'estomac.

Mais la lésion métritique amenant, sous l'influence de l'anneau, une irritation du col, on est obligé de changer le pessaire tous les trois mois.

On propose une intervention.

On fait un Alquier Alexander.

La malade va parfaitement bien depuis.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance du Docteur Violet)

Rétroversion, pesanteur gastrique après le repas

J. C..., 32 ans, trois enfants.

La malade souffre depuis le dernier accouchement (il y a dix-huit mois).

Elle se portait très bien auparavant.

Depuis l'accouchement, pertes blanches. Douleurs de reins. La malade ne peut lever le bras sans fatigue.

Elle se plaint en outre de la sensation de quelque chose qui sort, ou tombe dans le vagin.

Constipation opiniâtre.

En outre, elle a de la pesanteur gastrique après les repas. Sensation de sommeil et bâillements après les repas.

A l'examen, on sent un utérus gros enclavé, réductible en partie, paramérite postérieure. Métrite cervicale, pas de prolapsus.

Sécrétions purulentes.

Columnisation. Réduction de la rétroversion. La malade ne souffre plus et a une parfaite digestion.

Nous donnons une autre observation de phénomènes gastriques au cours d'une rétroversion adhérente avec annexite.

Cette malade a été améliorée par le traitement, mais la columnisation ne détruit pas son annexite. Elle eut une rechute. De plus, il est possible que ces phénomènes gastriques secondaires très anciens, se transformèrent et devinrent primordiaux. Le cas de

femmes ayant des phénomènes utéro-gastriques anciens est fréquent, fréquent aussi celui des malades qui deviennent des gastriques vraies dans la suite. Mais ceci ne rentre pas dans notre cadre.

OBSERVATION V

(due à l'obligeance du Docteur Violet)

*Rétroversion adhérente ; Annexite ; Vomissements ;
Amélioration*

R. S..., 35 ans.

Deux enfants. Bacillose familiale suspecte. Rien à l'auscultation. A la suite du dernier accouchement, histoire d'infection, annexite.

Douleurs de ventre, pertes blanches.

Un an après, elle vient consulter pour les phénomènes suivants :

Amaigrissement progressif et troubles gastriques variés. La malade ne digère pas et a, en outre, un estomac très capricieux. Elle ne supporte pas la viande et digère parfaitement les fritures et les pommes vertes.

En outre, *elle vomit facilement.*

Du côté du tube digestif, on note de la constipation qui survient par accès.

Elle a en outre des troubles respiratoires réflexes (suffocations).

Les règles sont douloureuses ; c'est ce qui la pousse à venir consulter.

Au toucher :

Rétroversion adhérente avec annexite double prédominant à droite avec un utérus un peu mobilisable.

On met des tampons, la malade est très rapidement améliorée. On met un anneau. A ce moment, la malade va bien. Mais si l'utérus est en place, les annexes restent grosses et douloureuses.

La malade continue à s'améliorer, elle engraisse. A un moment donné, elle fait une rechute, les vomissements réapparaissent.

Elle demande un spécialiste de l'estomac, à qui on l'envoie. Après son examen, il conclut par la négative au point de vue gastrique.

(Nous avons perdu de vue la malade. Simple amélioration.)

14 décembre. Nous apprenons indirectement que cette malade allait très bien, mais qu'ayant fait un trop copieux repas, ces jours derniers, elle a eu une indigestion.

Cette indisposition n'a été que passagère. Depuis, l'amélioration se maintient et s'accroît.

Nous pourrions clore ce chapitre sur ce cas clinique, mais l'amabilité de nos maîtres nous ayant fourni plusieurs cas de ce genre, nous nous permettons de citer encore les observations que l'on nous a confiées.

OBSERVATION VI

(due à l'obligeance du Docteur Violet)

Rétroversion adhérente ; Vomissements sanguins ; Guérison

P. B..., 35 ans, institutrice.

Quatre enfants vivants. Depuis le dernier accouchement, la malade se plaint de douleurs de reins, de pertes blanches.

Les règles sont régulières, *mais douloureuses*, sans caillots.

La région de l'estomac est douloureuse. La malade vomit régulièrement de temps à autre. De plus, six jours avant les périodes menstruelles et pendant toute leur durée, la malade a des vomissements sanglants, qui surviennent après des efforts violents.

Ces vomissements durent pendant toute la période cataméniale et cessent avec elle.

Depuis que la malade souffre, elle a beaucoup maigri.

En examinant la malade, on constate :

Une rétroversion adhérente, qui nécessite des tampons et des séances de massage.

Dès que la réduction est possible, on la tente et on met un pessaire.

Tous les phénomènes morbides ont disparu : la malade est complètement guérie.

Nous citerons encore une observation de phénomènes gastriques, au cours d'une rétroversion adhérente, due à l'obligeance du Docteur Tixier, Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux.

OBSERVATION VII

Utérus en rétroversion adhérente ; vomissements ; paramérite ; curettage ; amélioration

A. C. — La malade entre à l'hôpital (février 1908), pour des pertes abondantes survenues il y a un mois.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Réglée à 13 ans. Les règles toujours douloureuses, obligeaient toujours la malade à garder le lit. Elles duraient cinq jours et étaient toujours accompagnées de caillots. *La malade vomit.*

Depuis deux mois, les règles sont très douloureuses et viennent difficilement.

La malade, à ce moment, ne peut faire aucun mouvement (lever les bras, par exemple). Elle se met au lit.

Pertes blanches abondantes, séreuses ou verdâtres, teintées en rouge de temps en temps.

Par moments, cuisson à la miction.

A son entrée à l'hôpital, on constate une malade qui n'est pas très anémiée et a un bon état général.

Le ventre est souple et est douloureux à droite.

Au toucher, on sent un col un peu gros, un utérus en rétroversion adhérente avec un peu de rétroflexion.

On soumet la malade au traitement, et l'on fait un curetage le 6 mars 1908.

Après le traitement (curetage, réduction), la malade est améliorée.

Cette observation peut paraître incomplète. On aimerait savoir si la malade a vomé à nouveau depuis. Malheureusement, ces malades d'hôpital, une fois améliorées, partent et négligent de donner de leurs nouvelles ; aussi ne peut-on pas les suivre. Il est probable que si l'état de mieux-être ne s'était pas maintenu, cette femme serait venue à nouveau se faire examiner et traiter.

Une autre objection que l'on pourra nous faire, est celle-ci :

Les phénomènes gastriques étaient-ils réellement sous la dépendance de sa métrite ou de sa rétroversion ?

Nous répondrons que n'ayant pas revu cette malade, il nous est difficile de rien affirmer, et que nous ne pouvons conclure que par analogie.

A côté de ces cas fréquents, où le syndrome utéro-ovarien est le plus en vue, accompagné par un syndrome gastrique, il est un type de malade plus intéressant, représenté par la femme qui ne se plaint que de l'estomac, et chez qui on découvre par le toucher, une rétroversion adhérente ou une cellulite.

Le syndrome gastrique, ici encore, est très variable : depuis la simple pesanteur gastrique jusqu'aux vomissements journaliers, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer.

Voici une observation que nous avons recueillie dans un remplacement que nous avons fait du Docteur Reynaud et qui nous a paru intéressante,

OBSERVATION VIII (personnelle)

*Syndrome gastrique ; rétroversion trouvée par hasard ;
annexite gauche*

M. P., 25 ans, brodeuse.

Aucun antécédent héréditaire.

Réglée à 12 ans, toujours régulièrement.

Depuis l'âge de 20 ans, la malade a un syndrome gastrique net : (*Douleurs, vomissements*).

Les vomissements ont lieu le matin ; ils sont aqueux ou bilieux, réguliers au réveil.

En outre, la malade vomit quelquefois une heure après son repas. Quand le vomissement n'a pas lieu, il est remplacé par de la pesanteur gastrique, qui dure pendant toute la période digestive.

Pour combattre cette pesanteur, la malade absorbe un petit verre de rhum ou de chartreuse, souvent suivi d'un second petit verre de cognac. Si l'on ajoute à cela que la malade fait fréquemment de bons repas, qu'elle ne dédaigne pas les mets recherchés et les épices, que le champagne et les apéritifs ne l'effrayent en aucune façon, et qu'en outre, nous avons remarqué un léger tremblement des mains, — on ne trouvera pas étonnant qu'au premier abord, nous ayons porté le diagnostic de « gastrite alcoolique ».

Le foie d'ailleurs était un peu gros, quoique chez la femme le port du corset empêche de voir dans ce fait un indice symptomatique très net. D'ailleurs, l'avenir nous prouva que la cause des troubles observés, était ailleurs que dans cet alcoolisme naissant.

Un premier traitement fut institué, traitement banal : suppression de l'alcool et des épices ; — régime lacté pendant quelque temps assez bien supporté ; — charbon ; — repos sans dormir après les repas ; — suppression du corset pendant une bonne partie de la journée.

Toute cette médication ne fit rien de durable.

Nous nous décidons à faire un examen complet. L'interrogatoire est repris et nous obtenons les renseignements suivants :

Depuis 18 ans, règles douloureuses, mais régulières. La durée était de 6 jours. Pertes blanches. — Pas d'enfant, pas de fausse couche.

Les douleurs commençaient 2 jours avant les règles.

Dans le milieu du mois, douleurs abdominales vives, avec irradiation dans les reins et dans les cuisses.

D'autre part, à chaque rapport sexuel, douleur de reins.

Le toucher est alors pratiqué. On sent :

Un utérus complètement en rétroversion, entouré d'un *œdème volumineux* qui empêche de sentir les annexes.

Le toucher en ciseaux, (un doigt rectal, un doigt dans le vagin) permet de sentir le fond utérin.

On met des tampons moyennement serrés.

Trois jours après, la malade est revue. Elle dit aller mieux ; les douleurs de reins ont été moins fortes.

On continue les séances de tampons, et l'on apprend à la malade deux mouvements décongestionnants. Après quatre séances de tampons, l'examen vaginal est très modifié.

L'œdème a diminué, et l'on peut sentir *un ovaire gauche complètement prolabe ; la trompe du même côté est bosselée*.

La malade quelques jours après, se plaint de maux de ventre et de maux de reins. — On sent un utérus un peu gros et l'œdème a augmenté ; elle fait son molimen. On met quelques tampons peu serrés uniquement de soutien. Les séances continuent deux fois par semaine avec interruption au moment des règles. — A ce moment, la malade souffre et veut rester couchée.

A la quinzième séance de tampons, l'ovaire est remonté à sa place.

On fait 28 séances de massage et de tampons. A ce moment, l'utérus est complètement mobile. On le réduit. On met un anneau.

Nous avons revu le malade trois ou quatre fois depuis. Elle continue ses mouvements. *Les douleurs gastriques et*

les vomissements ont disparu. — Les règles ne sont presque plus douloureuses.

Une autre observation, au moins aussi intéressante, est due à l'obligeance du Docteur Plauchu, accoucheur des Hôpitaux :

OBSERVATION IX

*Phénomènes gastriques anciens ; Amaigrissement notable ;
Rétroversion adhérente ; Guérison.*

M^{me} J..., 22 ans.

Santé générale assez bonne ; néanmoins, *elle a presque toujours souffert de l'estomac* ; étant jeune fille, gastralgies fréquentes ; de temps en temps, elle avait une sensation de brûlure après le repas. — De plus, l'appétit était capricieux, et la jeune malade était dans la nécessité de faire un choix judicieux d'aliments faciles à digérer.

Mariée vers 21 ans, elle est à ce moment assez maigre, d'aspect chétif. Le développement des seins est à peine esquissé. Elle continue à maigrir et à souffrir de l'estomac. Mariée depuis un an, elle n'a pas eu de grossesse. — Pendant ce temps, pas de douleurs de reins, pas de douleurs de ventre, pas de pertes blanches ; rien en un mot pouvant faire soupçonner une affection génitale quelconque.

D'ailleurs, l'examen et l'interrogatoire minutieux des deux époux, ont absolument confirmé cette opinion.

Bref, cette femme vient consulter, parce qu'elle désire avoir un enfant, et qu'elle est « inquiète de ce retard de grossesse ».

A l'examen, on constate un utérus de volume absolument normal, *en rétroversion presque du 3^e degré*, (fond utérin dans le Douglas). Le col est remonté derrière le pubis. On note en outre, un degré léger de rétroflexion.

La pression sur le fond utérin permet de se rendre compte que l'organe est mobilisable à un certain degré, mais que la réduction totale est empêchée par quelques adhérences.

Pour arriver à le réduire, on propose la columinisation et au bout de trois semaines, le cul-de-sac postérieur s'est un peu développé, le corps utérin est déjà remonté en partie, si bien que par l'hystéromètre il est facile de terminer la réduction qui est maintenue par un pessaire de Hodge, pendant plusieurs mois.

Or, pendant les quelques mois qui ont suivi ce traitement, la malade qui jusque-là était très amaigrie, souffrait de l'estomac, digérait mal, *parut aller beaucoup mieux du côté gastrique.*

L'appétit fut augmenté, et de plus, la santé générale fut complètement modifiée. La malade engraisa beaucoup, et quelques mois après, elle accusa un état de mieux-être manifeste.

Sur ces entrefaites elle devint enceinte; elle ne présenta dans les premiers mois aucun trouble de la statique utérine; elle accoucha normalement, allaista son enfant, et pendant tout ce temps, l'état d'amélioration s'accrut.

A la fin de l'allaitement, notre malade au lieu d'être chétive et maigre comme au début, avait un véritable embonpoint.

Avant de passer à la troisième catégorie de malades, nous donnerons une dernière observation assez intéressante de rétroversion adhérente avec annexite. — Cette malade se plaignait surtout de l'estomac et n'attirait pas l'attention du médecin sur son appareil utéro-ovarien. Nous devons cette observation à l'obligeance de notre camarade et ami M. Guiramand qui est chargé par le Docteur Albertin de la kinésithérapie dans son service de la *Charité*.

OBSERVATION X

Gastropathie. — Rétroversion adhérente ; un noyau de cellulite. — Annexite gauche.

A. M., 32 ans, employée de soieries.

Aucun antécédent héréditaire ; pas de maladie dans l'enfance. Anémie de la puberté. Pâleur cireuse de la face. Perte des forces et de l'appétit.

Pas de trace de bacillose, ni de spécificité ; pas de fausse couche.

Réglée à 15 ans. Après les premières règles, la jeune fille resta 6 mois sans rien voir.

Jusqu'à l'âge de 18 ans, les règles n'apparaissaient que tous les trois mois.

A partir de dix-huit ans, les règles changèrent de fréquence. Elles devinrent à peu près mensuelles, mais retardèrent de 10 à 15 jours.

Quelques années après, nouvelle modification des périodes menstruelles qui deviennent plus fréquentes et apparaissent tous les quinze jours ou toutes les trois semaines.

Peu à peu, elles se régularisent, et la malade n'a plus que de petits retards de deux ou trois jours.

A cette époque, pertes blanches abondantes. Règles peu douloureuses.

Il y a cinq ans, la malade, qui depuis plusieurs années vomissait tous les matins au réveil, vient consulter.

Elle accuse des phénomènes nauséux le matin au réveil, souvent vomissement de bile. Immédiatement après s'être soulagée, la malade a faim, et mange son petit déjeuner sans répugnance. Le premier déjeuner est généralement vomé sitôt absorbé.

Le repas de midi était souvent vomé quelques instants après.

On supprime à cette époque toute alimentation difficile à digérer ; on défend le vin, l'alcool, les épices ; et l'on essaye

d'instituer un régime. Le régime assez régulièrement suivi, n'amène aucun résultat. On pense à quelque chose d'annexiel, et l'on fait un toucher au mois d'octobre 1908. On constate :

Un utérus en *rétroversion complète* du 3^e degré, enclavé dans une gangue d'œdème, on sent, en outre, une annexite gauche. — L'annexe et l'ovaire droit paraissent en place.

On fait du massage et l'on met des tampons. — Les séances continuent jusqu'en mars 1909. — A cette époque, l'utérus est complètement réductible ; l'annexe gauche a beaucoup diminué, on met un anneau.

Depuis ce traitement, la malade a des règles parfaitement régulières ; elle ne vomit plus le matin.

La malade garde son anneau, mais depuis quelques temps, elle souffre du côté gauche, et vomit de la bile le matin. — On l'examine le 10 décembre 1909.

On trouve un utérus en antéversion, des annexes en place. — Mais l'annexe gauche paraît subir une poussée d'œdème ; (la malade attend ses règles).

Elle est de la grosseur d'une première phalange de pouce adulte.

On ôte l'anneau, l'utérus tient bien en place.

On trouve en outre (ce qui expliquerait la rechute de cette malade) un noyau de *cellulite* vaginale très net, dans le cul-de-sac postérieur, sous le col utérin, de la grosseur d'un pois vert, parfaitement indépendant de l'utérus et des annexes. La pression même légère à ce niveau, est extrêmement douloureuse.

Au point de vue fonctionnel, les pertes blanches ont complètement disparu, et la fatigue elle-même ne les ramène pas.

En résumé : Actuellement, la malade a fait une rechute amenée par sa poussée de cellulite qui n'existait pas auparavant. — Elle souffre du ventre, car elle est porteuse d'une ancienne annexite gauche, qui a subi, au moment de ses règles, une poussée aiguë.

Du côté gastrique, la malade qui était restée longtemps sans vomir, a repris sous cette poussée cellulitique, les phénomènes gastriques qui l'avaient poussée à nous consulter.

Les vomissements qui ont réapparu, ne surviennent d'ailleurs que les lendemains de surmenage, lorsque la malade a veillé tard, et que le spectacle, (concert ou théâtre), l'a poussée à faire un écart de régime; il y a alors, chez cette gastropathe un état d'énervement qui l'empêche de reposer et d'avoir une digestion normale.

OBSERVATION XI

Pesanteur gastrique; Rétroversion adhérente; Guérison; Rechute.

M^{me} L., 43 ans.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel de tuberculose.
Pas de maladie de l'enfance.

Réglée à 13 ans, les règles duraient trois jours, mais n'étaient pas douloureuses, toujours régulières.

Mariée à 26 ans, trois enfants vivants et bien portants.

La dernière grossesse fut arrêtée à six mois, à la suite d'une chute de la malade. Elle mit au monde un enfant vivant, qui fut placé dans une couveuse, et vécut un mois.

Depuis cette époque, la malade se mit à souffrir de l'estomac. Vomissements de bile le matin. — Pesanteur gastrique après les repas. Elle se fait traiter longtemps pour l'estomac, mais un médecin lui ayant assuré que cette fatigue pouvait parfaitement provenir de son ventre, elle se fait examiner.

On lui met un anneau, qu'elle ne peut supporter.

Elle se décide alors en juillet 1908, à venir à la Charité, à la consultation gratuite du D^r Albertin.

On fait un toucher et l'on constate ;

Un utérus en latéro-rétrodéviatiou gauche, maintenu en en arrière par des ligaments utéro-sacrés gros et rétractés.
Légère annexite gauche.

On fait de la columinisation et du massage. — L'utérus est réduit. — On met un anneau en août de la même année.

Depuis cette époque, les symptômes gastriques ont complètement disparu. — Il y a un mois, (novembre 1909), la

malade se remit à vomir, et son ventre lui faisant mal, elle revint à la Charité.

On constate que l'utérus est de nouveau tombé en arrière, malgré l'anneau.

On remet quelques tampons. — La malade aussitôt va mieux.

Il ne nous reste plus à parler que de la troisième catégorie, comprenant des malades, ne souffrant pas précisément de l'estomac, mais ayant une perte d'appétit si marquée, qu'elles maigrissent beaucoup et se cachectisent.

Ces malades sont peut-être plus rares que les autres précédemment étudiées; (sans doute, ne souffrant positivement pas, s'habituent-elles à leurs malaises, et négligent-elles de se faire examiner.) Nous ne possédons malheureusement qu'une seule observation. Nous remercions M. le D^r Plauchu, accoucheur des Hôpitaux, d'avoir bien voulu nous la communiquer.

OBSERVATION XII

*Amaigrissement; Cachexie; Rétroversion adhérente;
Annexite gauche*

Jeanne B..., 21 ans.

La malade entre à l'hôpital de la Croix-Rousse pour des douleurs abdominales.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Réglée à 15 ans. Menstruation régulière.

En 1907, accouchement prématuré à sept mois (causes inconnues). L'enfant est mort au bout de 19 heures. Aucun renseignement précis concernant la syphilis et la tuberculose.

Après cet accouchement, la malade n'a pas de température.

Vingt-deux jours après sa délivrance, la malade qui allait très bien, fait une promenade en voiture. Le soir, elle se mit à souffrir des reins et du ventre. Trois jours après, elle a ses règles.

Pendant six mois, elles sont très abondantes, si abondantes que l'on est obligé de donner de l'ergotine.

Les règles qui traînaient en longueur, deviennent peu à peu régulières, mais la malade souffre pendant une semaine avant les règles, et quelques jours seulement, la semaine après. Pendant la période menstruelle, les douleurs cessent.

Dans l'intervalle des règles, la malade souffre un peu du ventre tous les jours, vers 2 heures de l'après-midi. Cette douleur s'irradie à la racine des cuisses.

A l'examen, on constate une malade extrêmement maigre, au teint blafard et cachectique. Elle dit avoir maigri de dix-neuf kilogs ; elle pèse 43 kilog. 600 tout habillée. Elle ne tousse pas et n'a jamais toussé. La malade maigrissait beaucoup, parce qu'elle avait perdu complètement l'appétit, depuis son accouchement et le début de ses douleurs.

Elle n'a jamais souffert de l'estomac, mais « n'avait jamais faim et ne mangeait rien ». Elle se met au repos, sans résultat.

A l'entrée, on fait un toucher et l'on sent :

Un utérus complètement en rétroversion du troisième degré. Le col est caché derrière la symphyse pubienne.

La trompe gauche est descendue en arrière : elle paraît grosse, dure et bosselée.

Le cul-de-sac de Douglas est comblé par les deux masses, utérine et annexielle.

La trompe droite paraît indemne.

Le toucher est très douloureux.

L'utérus est complètement adhérent. La réduction est complètement impossible.

On met des tampons moyennement serrés, et l'on fait du massage au niveau de la trompe gauche.

Après plusieurs séances, on essaye de remonter le fond utérin qui cède peu à peu.

Depuis le début du traitement, la malade a repris un peu plus d'appétit ; bientôt, celui-ci devient normal et même excellent. Elle prend un kilog. par semaine.

A ce moment, elle fait une poussée grippale ; elle se plaint de violents maux de tête, et pendant quatre jours, la température oscille autour de 39°.

Cet incident modifie un peu la courbe des poids.

La malade qui engraisait, nous l'avons vu, de 1 kilog. par semaine, n'a pris que 800 grammes, pendant la durée de sa grippe.

Au moment où nous l'avons examinée (fin octobre 1909, elle était entrée le 28 octobre précédent), nous avons constaté un état général excellent, un teint frais, et l'absence totale d'aspect cachectique, remarqué par le Docteur Plauchu, lors de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Cette malade, très cachectisée, a, depuis le traitement par les tampons, repris de 4 kilog. Elle se sent mieux ; les couleurs sont revenues, l'appétit est très augmenté. En un mot, elle est en bonne voie d'amélioration ; et l'on a l'impression qu'avec « un mois encore de columinisation ; et de massages, l'utérus serait complètement en place » (Docteur Plauchu).

Actuellement, l'utérus est vertical ; l'annexe gauche a un peu remonté, elle est sentie difficilement. Les culs-de-sac sont souples, le toucher n'est plus douloureux.

Dans cette observation des plus curieuses, nous avons affaire à une femme ayant des phénomènes d'amaigrissement, des troubles digestifs sans douleurs vraies avec un fâcheux retentissement sur l'état général.

Elle était porteur d'une rétroversion adhérente.

Les tampons l'ont soulagée ; l'appétit et l'embonpoint sont revenus.

Que l'on ne vienne pas nous dire que c'est le repos, qui est la cause de cette amélioration ; car si nous lisons cette observation avec soin, nous constaterons que [cette malade s'était déjà reposée chez elle, et ne faisait rien de pénible. Et sans vouloir renouveler le sophisme « *Post hoc ergo, propter hoc* », il serait étrange de supposer que les phénomènes accessoires accompagnant une lésion génitale (rétroversion adhérente, annexite gauche, toucher très douloureux) ; aient disparu pour une raison autre que le traitement lui-même.

Nous avons épuisé les différentes catégories de malades qui font l'objet de cette thèse.

Il nous reste, avant d'aborder le chapitre du diagnostic et celui du traitement, à essayer d'expliquer le phénomène ; à montrer comment et pourquoi une rétroversion ou une cellulite pelvienne, peuvent donner des retentissements gastriques légers, ou au contraire assez intenses pour faire oublier la cause originelle du mal, au point de s'imposer comme une affection primitive de l'estomac.

CHAPITRE IV

Pathogénie des troubles gastriques secondaires à une rétroversion adhérente ou à une cellulite pelvienne.

Comment expliquer ce retentissement gastrique dans des affections localisées dans le bassin ?

On pourrait imaginer plusieurs théories, simples hypothèses qui d'ailleurs sont venues depuis longtemps à l'esprit de ceux qui se sont occupés de la question.

La première explication est celle d'une relation directe existant entre les deux organes : utérus d'un côté et estomac de l'autre.

Tout le monde connaît les observations de Howitz et de Paul Delbet, citées d'ailleurs dans sa thèse par le Docteur Laroyenne, chirurgien des Hôpitaux.

L'épiploon (1) peut, comme l'intestin, se fixer dans

(1) LAROYENNE. *Thèse de Lyon*, page 17. — HOWITZ. *Pathogénie des dyspepsies par adhérences épiploïques*. (Centralblatt für Gynecol. 89).

le cul-de-sac de Douglas. Il obéit à ce qu'on a nommé sa « mobilité défensive », en se logeant dans cette région si souvent malade. Après la guérison, des lésions utérines ou périutérines qui l'y ont appelé, il peut y rester fixé et provoquer des tiraillements, des douleurs, des troubles digestifs.

Le Docteur Laroyenne cite des cas d'interventions par voie vaginale faites à la Charité, où l'on trouva des adhérences épiploïques avec le Douglas. Les malades opérées (libération des adhérences), furent très améliorées.

Cette théorie explique parfaitement les faits secondaires que nous avons entrepris d'étudier. Par suite d'inflammation des organes génitaux, écrit Graziani (1), l'épiploon a été l'objet de poussées d'épiploïte entraînant son adhérence au péritoine qui recouvre les organes du petit bassin.

Par suite de ces adhérences et du processus rétractil du grand épiploon, résultant de l'épiploïte chronique, celui-ci exerce une traction sur la grande courbure de l'estomac, traction qui entraîne de la gastropse.

Ces tiraillements de l'estomac et du duodenum expliquent facilement le phénomène douleur et le phénomène vomissement.

Cette théorie est certainement très séduisante, mais elle ne s'applique peut-être qu'à des cas restreints. Je parle des cas vérifiés par une intervention ou une autopsie. Et d'autre part, elle ne peut être

(1) GRAZIANI. (*Loc. cit.*).

invoquée dans un cas qui nous intéresse : celui des cellulites pelviennes, qui sont des noyaux isolés, libres et sans aucune trace d'infection ? L'adhérence épiploïque par infection ne peut donc, dans ce cas, être admise.

Cette théorie, qui est certainement vraie dans quelques cas, n'est pas suffisante pour le cas de cellulite pelvienne amenant des troubles gastriques.

On pourrait invoquer une théorie infectieuse. Les trompes malades, ayant amené des adhérences, pullulent de microbes.

Les toxines agiraient sur le centre du vomissement, mais les cas que nous avons vus sont le plus souvent des affections chroniques, où la réaction inflammatoire est éteinte depuis longtemps.

Il nous reste une dernière théorie, la théorie nerveuse, ou pour préciser, une théorie réflexe. Nægelé explique ainsi les vomissements pendant le travail (1). Les causes prochaines de ces vomissements, dit-il, sont une excitation sympathique excessive des nerfs de l'estomac produite par les contractions utérines. Le vomissement n'est qu'une affection sympathique, un phénomène réflexe provenant de l'excitation de la sphère nerveuse de l'utérus. Et l'on comprend facilement que si un utérus normal, physiologique (grossesse) peut amener des réflexes, à plus forte raison, lorsque son revêtement péritonéal est malade, on constatera ce phénomène à distance.

Ces vomissements réflexes sont d'ailleurs connus :

(1) NÆGELÉ. Accouchement.

vomissements dans les péritonites, dans les coliques simples, dans les appendicites, dans les coliques hépatiques.

On en a signalé au cours de quelques opérations. Une dilatation utérine (1) chez une malade d'un médecin de Bordeaux, provoquait des vomissements.

Ces vomissements, purement réflexes, sont incontestables. Ne peut-on pas dire qu'un utérus en rétroversion adhérente comprimant les nerfs sacrés, est plus à même de produire ces phénomènes réflexes qu'un organe en place, dont le péritoine seul est touché. (Métrite, salpingite, sans rétroversion).

Quant aux cellulites pelviennes pures, nous admettons la même théorie réflexe, car, bien que certains Suédois aient admis la possibilité de l'existence d'une cellulite périgastrique, rien ne nous autorise à l'accepter, aucune preuve n'étant fournie à l'appui de leurs dires.

Nous croyons, pour notre part, que ces cellulitiques sont des malades qui ont le système nerveux usé par de continuelles douleurs abdominales.

Et cette douleur peut bien à elle seule amener des vomissements. Ce phénomène, bien admis dans la migraine (phénomène passager), peut bien être accepté dans nos cellulites abdomino-pelviennes continues, avec des temps d'exacerbation.

Il est d'ailleurs difficile d'admettre une théorie définitive. La plupart des malades observés ne relèvent pas de la chirurgie ou rarement. Il est donc impos-

(1) BOURSIER. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1892.

sible, au cours d'une intervention, de vérifier des lésions qui permettraient de bâtir une théorie raisonnée.

Il en est de même pour les autopsies. Les malades qui rentrent dans notre cadre meurent d'une autre affection que leur maladie utérine chronique, et je ne connais pas de vérification où l'on ait porté son attention sur un estomac qui n'était qu'un épiphénomène de peu d'importance, à côté de la maladie qui a causé la mort.

Nous admettons donc la théorie réflexe comme étant la plus vraisemblable ; nous avons insisté sur le nervosisme de ces malades souffrant continuellement. Et d'ailleurs, on a accepté, disent certains auteurs, « une toux utérine, on peut bien admettre une nausée utérine » (1). Les nausées et les vomissements de la grossesse en sont la preuve. Les expériences de Pawlow, de Tubini, etc., le confirment scientifiquement. (Cautérisation d'un col utérin amenant chez l'animal un vomissement.)

(1) GRAZIANI. *Loc. cit.*

CHAPITRE V

Diagnostic clinique

Quelle que soit la théorie expliquant logiquement ce retentissement gastrique, il importe en clinique de faire un diagnostic précis qui indiquera de lui-même la conduite à tenir vis-à-vis de ces malades.

Trois diagnostics sont à faire : un diagnostic positif, un diagnostic causal et un diagnostic différentiel. Le premier s'impose le plus souvent. Cependant, nous l'avons déjà montré, on rencontre cliniquement plusieurs catégories de malades.

Tantôt leur récit nous révèle des troubles purement gastriques, tantôt ces troubles ne sont qu'au second plan. Chez ces dernières malades, on fera facilement table rase des petites misères digestives, pour poser le diagnostic causal d'affection utérine avec réflexes à distance. Chez les premières, au contraire, on ne peut logiquement y songer de prime abord. Beaucoup de nos malades, en effet, présentent au complet, soit le syndrome d'ulcus, soit celui d'hyperchlorydrie.

Le tableau clinique qu'elles nous exposent peut nous donner le change, car il est, à leur insu d'ailleurs, souvent fort bien agencé, grâce aux articles de vulgarisation scientifique et causeries médicales qui abondent dans nos grands quotidiens. L'on pourrait, un moment, croire à une lésion de l'estomac constituée, soit à une maladie de Cruveilhier, soit à de l'hyperchlorhydrie simple, ou encore à une maladie de Reichmann bien définie. D'autres enfin présentent tous les symptômes d'une dilatation de l'estomac primitive, alors que souvent cette dilatation n'est que la conséquence d'une adhérence de l'épiploon au péritoine du petit bassin. Les remarques de Freund, les autopsies de Laroyenne en sont une preuve.

Il importe donc de faire un diagnostic causal, précis et précoce, car ces gastrites secondaires peuvent peut-être, par la suite, devenir des gastriques vraies. Les malades prennent des séries de médicaments qu'elles croient appropriés, et qui au fond, sont néfastes pour elles.

Le diagnostic étiologique qu'il faut faire de bonne heure, est souvent délicat, car il faut y songer ; et nombreux sont les cas où les malades ont été traitées comme des névropathes simples, comme des alcooliques ou comme des gastriques pures.

Deux éléments devront mettre sur la voie de la vérité : l'Interrogatoire et le Traitement de l'état gastrique ou utérin.

Il arrive parfois qu'une malade, souffrant depuis longtemps de l'estomac, oublie tous ses autres maux, pour mettre au premier plan ses troubles

gastriques. Elle croit à une maladie de l'estomac. Ajoutez à cela que la douleur continuelle exacerbe ses souffrances, surexcite son nervosisme. Elle est persuadée qu'elle est atteinte d'une maladie quelconque : tumeur ou ulcère ; elle en est sûre. Elle a lu au besoin la description de ces affections, et souvent, se croyant de bonne foi, elle vous trompera pour contrôler ses dires, mentira sur les symptômes qu'elle éprouve, pour vous imposer sa manière de voir.

Ce n'est qu'en reprenant avec patience un interrogatoire qu'on a laissé dévier, que l'on apprendra que depuis longtemps, la malade avait des règles douloureuses ou irrégulières, qu'une ou deux fois par mois, elle a un *molimen* douloureux. On pourra savoir parfois, qu'elle a eu une gonorrhée « il y a longtemps », ou bien une fausse-couche ; ou encore — cas plus rare — que dans son enfance, elle a eu *gros ventre*, qu'il contenait *beaucoup d'eau*, mais qu'il a *guéri tout seul*. Peut-être lui fera-t-on avouer que les rapports sexuels sont douloureux depuis plusieurs années. — Et en faisant préciser, on finira par établir l'origine contemporaine des douleurs abdominales et gastriques.

Si l'interrogatoire est bien mené, la moitié du diagnostic est fait. Le toucher et le palper combinés le compléteront et le préciseront. On peut sentir au toucher une rétroversion mobile. Nous n'insisterons pas sur ce cas qui ne rentre pas dans notre étude.

On peut grouper les malades sous deux chefs : Celles qui ont une affection utérine ou annexielle, les organes étant rétroposés ; celles chez qui les organes

sont intacts, et qui ont des noyaux de cellulite. Les noyaux d'œdème cellulitiques peuvent se rencontrer chez des femmes vierges. On ne les sentira que par le toucher rectal, — le seul possible. — Par cette manœuvre, on pourra palper un ou plusieurs noyaux œdémateux, plus ou moins durs, du volume d'une lentille, et pouvant atteindre celui d'une grosse olive. Il s'en trouvera un peu partout, sur la paroi postérieure du vagin, dans un aileron du ligament large, ou sur un ligament utéro-sacré, le doublant pour ainsi dire d'un manchon œdémateux.

La caractéristique de ces noyaux d'œdème est la suivante : Les annexes peuvent être normales, l'utérus peut être sain, mais et surtout, ces noyaux sont indépendants d'eux. — Ils n'affectent le plus souvent aucun rapport avec eux, et en outre, le simple effleurage à leur niveau, est extrêmement douloureux pour la femme qui immédiatement se met en défense.

Il est un autre caractère : c'est leur variation rapide, suivant les différents moments où la femme est examinée. — Ils augmentent au moment des molimens et des règles, disparaissent ou diminuent beaucoup sous l'influence des tampons et du massage. Et telle femme examinée aujourd'hui, changera complètement d'aspect, examinée demain. — Enfin, si l'on a soin de palper la paroi abdominale, les cuisses (face interne), les fesses, la région épigastrique, il est rare que l'on n'y trouve pas de ces « pointillés » d'œdème qui ressemblent à s'y méprendre à une paroi criblée de grains de plomb.

Chose curieuse, ces plaques, ces noyaux œdémateux,

dont le toucher est douloureux, supportent rapidement, sans que le malade en souffre, l'effleurage et le massage. — Il est vrai qu'il faut une main habituée à les manier ; mais une chose est certaine, c'est que ces malades qu'il est impossible de toucher au début, se trouvent bien de massages prolongés et fréquents.

Le diagnostic des noyaux de cellulite est ordinairement facile ; la sensation qu'ils fournissent au doigt explorateur est tellement nette qu'il est difficile de confondre. L'allure clinique et l'interrogatoire pourront au besoin contrôler un diagnostic douteux, et le traitement par le massage et les tampons ôteront les dernières hésitations. — En effet, sous leur influence, les lésions qui paraissaient confuses, deviennent rapidement faciles à percevoir. Les œdèmes inflammatoires disparaissent en partie ; les culs-de-sac devenant souples, on peut explorer facilement les annexes et le fond utérin. On pourra alors sentir des annexes saines, et dans une partie du Douglas, un noyau cellulitique net.

D'autres fois, au contraire, on sentira après quelques séances de tampons et de massage, un utérus rétroposé, maintenu en arrière par une trompe enflammée, entourée d'une gangue œdémateuse. Souvent, dans ces cas, le diagnostic est difficile. — Le Docteur Laroyenne insiste, dans sa thèse, sur ces cas pointilleux (1). « Les difficultés du diagnostic sont portées au maximum, écrit-il, lorsqu'il existe une

(1) *Thèse de Laroyenne*, loc. cit.

poussée inflammatoire dans les adhérences qui fixent la déviation, ou qu'une annexite suppurée évolue dans son voisinage immédiat ».

Il importe, en effet, de faire le diagnostic de l'existence ou non d'une lésion suppurée aiguë. Ce sont les symptômes généraux et les symptômes locaux qui permettront de trancher la question. — Le toucher d'un pyo-salpynx, avec sa sensation d'empatement, le sillon qui sépare la poche purulente de l'utérus, est caractéristique. — D'ailleurs, dans ces cas, l'état général est plus ou moins atteint. De la fièvre, oscillant autour de 38° 5 ou plus, une langue sale, une douleur abdominale brusque, ou qui a augmenté brusquement, indiquent cette évolution aiguë. Le diagnostic fait, le traitement chirurgical s'impose.

Il faut également, dans le diagnostic, établir l'âge des lésions, qui a un intérêt, au point de vue pronostic et traitement. Les œdèmes péri-annexiels anciens sont tenaces et moins douloureux que les œdèmes récents évoluant sur une jeune annexite. Ils sont beaucoup plus durs au toucher, et sont moins vite assouplis par les tampons.

Les poussées aiguës, dans ces vieilles lésions, sont moins fréquentes; leur aspect est moins protéique que dans les cas de lésions récentes.

On ne sentira pas, à quelques jours d'intervalle, par exemple, des poussées d'œdème nouveau, faisant varier l'aspect de l'appareil annexiel.

Le toucher pendant de longues semaines, restera identique à lui-même, sans montrer d'éléments surajoutés. Ce sont ces cas où l'intervention chirurgicale,

peut être d'une grande utilité ou même parfois d'une nécessité absolue. Les vieilles annexites et les vieilles métrites, en rétroposition, ne sont souvent guéries que par une laparotomie.

L'âge des lésions cellulitiques, ne peut être fixé par le toucher, en raison de l'aspect changeant qu'elles offrent; cependant, on peut dire que les noyaux de cellulite durs et tenaces, sont d'un âge plus ancien qu'un point œdémateux mou et variable d'un jour à l'autre.

Le diagnostic de l'existence d'une lésion aiguë ou chronique étant fait, celui de l'existence ou non d'un noyau de cellulite, étant posé, le traitement s'impose de lui-même.

Un dernier point reste à élucider : Les phénomènes gastriques sont-ils la résultante d'une lésion primitive de l'estomac, ou la conséquence d'une affection utérine ? — C'est l'examen de l'appareil utéro-annexiel qui tranchera le diagnostic différentiel. Le toucher, en effet, révélant l'existence d'une rétroversion, fera pencher vers la seconde hypothèse et, si le traitement utérin fait disparaître les troubles digestifs, le diagnostic de pseudo-gastrite s'imposera forcément.

Mais il est des cas comme nous le verrons au chapitre du traitement, où malgré la guérison des lésions utérines, les malades améliorés pendant quelque temps, continuent de souffrir.

Le diagnostic d'affection gastrique vraie, primitive, ou acquise par une thérapeutique intempestive, concomitante avec un syndrome utérin, pourra être posé. Un traitement spécial de l'affection gastrique sera alors institué.

CHAPITRE VI

Traitement et pronostic

Il est évident que le traitement par le massage et les tampons s'adressera uniquement aux malades chroniques — et qu'il n'a rien à faire dans les cas de métrite aiguë ou de salpingite suppurée. Le bistouri seul, la colpotomie auront raison de ces deux affections.

Quelle conduite tiendrons-nous chez ces malades ayant une pseudo-gastrite conséquence d'une rétroversion ou d'une cellulite. Ici encore le chirurgien pourra intervenir dans certains cas.

Certaines vieilles annexites très adhérentes ne cédant pas aux tampons et au massage — pourront réclamer une laparatomie, l'ablation d'une trompe, la libération des adhérences, toute décision qui pourra être modifiée au cours de l'opération.

Il en est de même de ces anciennes métrites du col (voyez l'observation donnée par le D^r Violet) qui ne

peuvent supporter un anneau. L'irritation constante produite par l'anneau au niveau du col utérin, malade, nécessite son changement fréquent. — Ces manœuvres, qui obligent les malades à venir tous les mois ou tous les deux mois se faire examiner, sont fatigantes, et souvent, un *Alquier Alexander*, une ventro fixation, une plicature des ligaments ronds, amèneront une guérison définitive des troubles gastriques qui rendent ces malades irritables ou neurasthéniques.

Hors ces quelques cas, le traitement par le tampon et la gymnastique, s'impose le plus souvent, et donne les meilleurs résultats.

Faut-il, en même temps que la columnisation et le massage, traiter l'affection gastrique ?

Nous répondrons par la négative pour la majorité des cas, mais il faut savoir qu'il est des malades très ancrées dans leurs idées de gastropathie et chez qui l'on doit satisfaire l'amour pour les drogues, et les complications de régime. Pourquoi les contrarier ? Un peu de magnésie calcinée prise le matin dans une infusion de camomille, contentera leur imagination, et, sans nuire aucunement au traitement, favorisera au contraire la régularité des garde-robes. Et si les aigreurs sont le symptôme gastrique primordial, pourquoi refuser un peu de bicarbonate de soude complètement anodin, que nos malades abandonneront d'elles-mêmes, en s'apercevant que le traitement utérin les améliore de jour en jour.

Il en est de ces médicaments comme des régimes. Nous croyons qu'il ne faut pas brusquer les choses,

et soumettre les malades que nous traitons à une alimentation normale, si, depuis longtemps, elles suivent un régime. D'elles-mêmes, en sentant l'appétit renaître et augmenter, en ne souffrant plus après les repas, d'elles-mêmes, disons-nous, elles reprendront un régime comme tout le monde, quand elles digéreront bien. Et bientôt leur petite pharmacie sera abandonnée, elles délaisseront aussi leur chaise longue. Ce meuble, en effet, est un danger pour les malades. Il faut insister auprès d'elles pour les obliger à faire de l'exercice journalier, parfaitement réglé et modéré. On sortira tous les matins ou chaque après-midi, le temps dont on pourra disposer, ne serait-ce qu'une demi-heure ou une heure, mais il faut marcher. La marche est une gymnastique continuelle, qui aidera les bons effets des mouvements décongestionnants faits chaque matin.

La gymnastique abdomino-pelvienne est en effet le premier traitement que l'on devra prescrire aux malades. Il sera soigneusement appris, dès la première séance de columnisation.

Il consistera en mouvements décongestionnants la plupart du temps, soit d'abduction et d'adduction passives des cuisses, le dos reposant sur le plan du lit, soit au contraire la malade contractant les muscles des lombes et du dos.

On lui apprendra quelques mouvements qu'elle exécutera seule. Cette gymnastique sera surveillée de près, principalement à l'époque des règles et des molimens. Il est certain que, si une malade perd peu ou pas, ils devront être suspendus à la date atten-

due, et remplacés au besoin par des mouvements inverses.

Si les malades ont des troubles de circulation des extrémités, on leur fera également des mouvements appropriés qui leur amèneront le sang nécessaire aux endroits refroidis.

Ce traitement par la gymnastique étant bien établi, on commencera les séances de massages et de tampons.

Le massage général doit être institué chez les cellulitiques qui souffrent de la paroi abdominale, de la poitrine, de la nuque ou du dos. Les billes d'œdème, si douloureuses au début, disparaissent rapidement et les malades sont très soulagées.

Quant au traitement local utérin ou périannexiel, il consistera en une columnisation réglée et régulière. Il y a quelques grands principes à retenir dans la manière de mettre les tampons. Il faut les disposer comme les pierres servant à bâtir un mur, et cela pour qu'ils tiennent jusqu'à la séance suivante. On évitera de les trop serrer au niveau des points douloureux. Ils devront être enlevés deux jours avant les règles, et quelquefois pendant les molimens. Un simple anneau les remplacera pour servir de soutien.

On mettra des tampons en les serrant de plus en plus jusqu'à ce que l'utérus soit mobilisable totalement.

Chaque séance de columnisation sera accompagnée de massage local : massage des œdèmes périannexiels, massage des adhérences.

Quant aux noyaux de cellulite, ils seront surtout

traités par de l'effleurage rectal (le seul massage permis chez les vierges), le rectum étant la meilleure voie pour atteindre ces noyaux postérieurs.

Ces manœuvres devront être conduites avec beaucoup de prudence, et l'on devra se rappeler qu'en aucun cas, les tampons et le massage ne doivent, bien faits, causer de la douleur.

L'utérus devenu mobilisable, on devra le réduire complètement. Il est bon avant de tenter cette manœuvre de s'assurer de la position qu'occupent les aunexes. Si elles sont restées en arrière et en bas, il est inutile et même nuisible de réduire et de mettre un anneau.

L'utérus tiendra mal et sera tirailé par les brides annexielles ; la malade continuera à souffrir et viendra d'elle-même demander qu'on lui ôte son pessaire.

Pour réduire un utérus, on emploie souvent l'hystéromètre. Cet instrument qui est très commode cependant, doit être avantageusement remplacé par les doigts seuls ; car il n'est pas de rétroversion que le massage ne rende suffisamment mobile pour être réduite digitalement. Si les manœuvres simples ne suffisent pas, on pourra toujours les faire dans la position génu-pectorale, ou employer les différentes manœuvres bien étudiées par Stapfer.

L'utérus étant réduit, il faut mettre un anneau. Il est rare en effet, qu'un utérus remis en place tienne de lui-même. L'anneau sera choisi d'après l'état des lieux et aucune règle ne peut être donnée sur ce chapitre.

Il faudra visiter la malade au bout de deux ou trois

mois et à ce moment, on jugera ou non de l'opportunité d'ôter ou de maintenir l'anneau placé.

Quant aux malades atteintes de cellulite pelvienne, le traitement reste le même. A la fin des séances de columnisation, le port d'un simple anneau rond sera parfois nécessaire, pour éviter aux malades la sensation pénible de ne pas être soutenues. Au bout de quelques temps on l'ôtera ; et d'ailleurs, les malades s'y habituent généralement bien.

D'une façon générale, le traitement est simple, mais il faut parfois s'armer de patience, et les malades en manquent le plus souvent. Elles réclament parfois une intervention. L'opération pourra donc être utile et même nécessaire dans certains cas, ainsi que nous l'avons montré, — mais dans le cas de cellulite, il n'y a pas lieu d'employer le bistouri. Les tampons et le massage sont dans ce cas le premier mot du diagnostic et le dernier du traitement.

Peut-on porter un pronostic de ces estomacs secondaires ? Nous répondrons que le plus souvent, le pronostic est bénin, mais qu'il est des cas de coexistence d'affection gastrique ou utérine, où le pronostic dépend de l'âge de la lésion et de sa nature.

Il est des cas enfin plus défavorables que les premiers : ceux des malades souffrant de l'estomac depuis de nombreuses années, qui se sont fatiguées par des médicaments nuisibles, et chez lesquels des soins gastriques consécutifs au traitement utérin doivent être donnés, si l'on veut obtenir les meilleurs résultats possibles.

CONCLUSIONS

I. Les Rétroversions adhérentes et les Cellulites pelviennes donnent le plus souvent des retentissements gastriques secondaires.

II. Quelle qu'en soit l'étiologie admise (mécanique, toxique, réflexe), ce retentissement gastrique est extrêmement variable. Les symptômes observés varient depuis la simple pesanteur gastrique jusqu'aux vomissements.

III. Les malades se plaignant de ces troubles peuvent être groupés en plusieurs catégories.

Malades ayant un syndrome utérin prépondérant.

Malades ayant un syndrome gastrique prépondérant.

Malades ayant des phénomènes généraux prépondérants (amaigrissement, cachexie).

IV. Le traitement peut être chirurgical dans quelques cas : ventrofixation, plicature des ligaments ronds, etc.

V. Les tampons et le massage local et général sont les traitements de choix.

VI. Le pronostic de ces tumeurs secondaires sont bénin si l'affection utérine causale est traitée à temps.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 janvier 1910.

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

